

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDUARDO BASSANI DAL'BOSCO

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB GUIA PRÁTICO E DA ATUAÇÃO DE
ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PONTA GROSSA

2024

EDUARDO BASSANI DAL'BOSCO

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB GUIA PRÁTICO E DA ATUAÇÃO DE
ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
com ênfase em Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Berger Fadel

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Milena Hohmann
Antonacci

PONTA GROSSA

2024

D136 Dal´Bosco, Eduardo Bassani
Matriciamento em saúde mental sob guia prático e da atuação de enfermeiros na atenção primária à saúde / Eduardo Bassani Dal´Bosco. Ponta Grossa, 2024.
80 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Berger Fadel.
Coorientadora: Profa. Dra. Milena Hohmann Antonacci.

1. Matriciamento. 2. Saúde mental. 3. Saúde - atenção primária. 4. Enfermagem. 5. Atenção psicossocial - rede. I. Fadel, Cristina Berger. II. Antonacci, Milena Hohmann. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

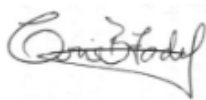
CDD: 616.8

EDUARDO BASSANI DAL BOSCO

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB GUIA PRÁTICO E DA ATUAÇÃO DE
ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 03 de setembro de 2024.



Prof. Dr. Cristina Berger Fadel– Orientador
Doutora em Odontologia Preventiva e Social
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Documento assinado digitalmente
 **LUIZ GUSTAVO DUARTE**
Data: 04/09/2024 09:57:52-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Luiz Gustavo Duarte
Doutor em Saúde Coletiva
Instituto Federal do Paran

Documento assinado digitalmente
 **LISLEI TERESINHA PREUSS**
Data: 05/09/2024 09:30:09-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Lislei Teresinha Preuss
Doutora em Serviço Social
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este estudo

À minha mãe Angela, minha avó Salete e à minha filha canina Nina.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Cristina Berger Fadel, por aceitar contribuir com a realização deste trabalho.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Milena Hohmann Antonacci, pelo auxílio durante o processo de realização deste trabalho.

Aos professores Dr. Luiz Gustavo Duarte e Dra. Lislei Teresinha Preuss por aceitarem participar da banca de defesa e contribuir com seus valiosos apontamentos para a melhoria do presente trabalho.

À minha filha canina Nina, por todo amor incondicional, suporte emocional e companheirismo nos momentos da realização do trabalho.

Ao Me. Luiz Ricardo Marafigo Zander pela colaboração, revisão e apoio no processo.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de fomento.

À direção da 3ª Regional de Saúde do Paraná.

Aos municípios da 3ª Regional de Saúde do Paraná.

Aos amigos e a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para esse momento.

“Para vencer na vida exija muito de si e pouco dos outros”.

Augusto Cury

RESUMO

Introdução: A assistência em saúde mental pós-reforma psiquiátrica no Brasil é organizada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhando um papel crucial no acolhimento e gerenciamento dos casos. Apesar disso, existem dificuldades na gestão da saúde mental na APS e uma superlotação dos serviços especializados. O Matriciamento em Saúde Mental surge como uma estratégia para integrar os serviços da RAPS, evitando encaminhamentos excessivos para a atenção especializada, especialmente entre profissionais que se sentem despreparados para lidar com questões de saúde mental. **Objetivo:** Identificar as ações de Matriciamento em Saúde Mental na APS nos municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde do Paraná a partir da atuação de enfermeiros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional analítico, de recorte transversal e caráter quantitativo, realizado na 3ª Regional de Saúde do Paraná (3ª RS-PR), Brasil. Participaram 73 enfermeiros atuantes na APS. Os dados foram coletados por meio de formulários estruturados em Escala Likert, aplicados via telefone, registrados na plataforma *Google Forms* e tabulados no Microsoft Excel. A análise descritiva dos dados foi feita com frequências absolutas e relativas, apresentadas em tabelas e análise estatística bivariada utilizando o teste do Qui-Quadrado, teste Exato de Fisher e teste de Kruskal. **Resultados e Discussão:** As ações de Matriciamento em Saúde Mental são pouco frequentes na prática dos enfermeiros. As reuniões de Matriciamento ocorrem de forma esporádica, e a participação dos enfermeiros é limitada. A consulta conjunta é o instrumento mais utilizado, enquanto o ecomapa é o menos frequente. As abordagens familiares são as intervenções em saúde mental mais comuns na APS, enquanto a realização de grupos de saúde mental é a menos frequente. Esses achados destacam a necessidade de intensificar as ações de Matriciamento e a educação permanente para melhorar a qualidade do cuidado em saúde mental. **Conclusão:** Os resultados indicam que é crucial reavaliar as estratégias de capacitação e ampliar o foco das formações para incluir aspectos que influenciem diretamente a prática das intervenções analisadas. Investigações futuras devem explorar fatores contextuais ou organizacionais que modulam a eficácia da capacitação em intervenções de saúde mental, em especial ao Matriciamento.

Palavras-chave: Matriciamento, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Introduction: Post-psychiatric reform mental health care in Brazil is organized by the Psychosocial Care Network (RAPS), with Primary Health Care (PHC) playing a crucial role in receiving and managing cases. Despite this, there are difficulties in managing mental health in PHC and an overcrowding of specialized services. Mental Health Matrix Support has emerged as a strategy to integrate RAPS services, avoiding excessive referrals to specialized care, especially among professionals who feel unprepared to deal with mental health issues.

Objective: To identify the actions of Mental Health Matrix Support in PHC in the municipalities that make up the 3rd Health Region of Paraná, based on the work of nurses.

Methodology: This is an observational, analytical, cross-sectional, quantitative study carried out in the 3rd Health Region of Paraná (3rd RS-PR), Brazil. Seventy-three nurses working in PHC took part. Data was collected using structured Likert Scale forms, applied by telephone, recorded on the Google Forms platform and tabulated in Microsoft Excel. Descriptive data analysis was carried out using absolute and relative frequencies, presented in tables, and bivariate statistical analysis using the chi-square test, Fisher's exact test and Kruskal's test.

Results and Discussion: Mental Health Matrix Support actions are infrequent in nurses' practice. Matrix support meetings take place sporadically and nurses' participation is limited. The joint consultation is the most used tool, while the ecomap is the least frequent. Family approaches are the most common mental health interventions in PHC, while mental health groups are the least frequent. These findings highlight the need to intensify Matrix Support actions and continuing education to improve the quality of mental health care. **Conclusion:** The results indicate that it is crucial to re-evaluate training strategies and broaden the focus of training to include aspects that directly influence the practice of the interventions analyzed. Future research should explore contextual or organizational factors that modulate the effectiveness of training in mental health interventions, especially matrix support.

Keywords: Matrix support, Mental Health, Primary Health Care, Nursing, Psychosocial Care Network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	37
Tabela 2	- Características sociodemográficas e atuação profissional do enfermeiro (a) da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	38
Tabela 3	- Ações de Matriciamento em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	40
Tabela 4	- Instrumentos utilizados no processo de Matriciamento em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	44
Tabela 5	- Intervenções em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	49
Tabela 6	- Desafios do Matriciamento em Saúde Mental na da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3ª RS-PR	3ª Regional de Saúde do Paraná
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
hs.	Horas semanais
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1	CAMINHO METODOLÓGICO.....	16
3.2	RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	17
3.3	NOVOS MODELOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	19
3.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VERSUS SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	21
3.5	O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA, CONCEITOS E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO.....	23
4	JUSTIFICATIVA.....	28
5	METODOLOGIA.....	30
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
5.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
5.3	COLETA DE DADOS.....	30
5.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	31
5.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	35
6.2	AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO.....	38
6.3	INSTRUMENTOS DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	42
6.4	INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL UTILIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	47
6.5	DESAFIOS DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS.....	53

7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	56
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	68
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	76

1 INTRODUÇÃO

Durante muitos anos o método terapêutico outorgado às pessoas com problemas de saúde mental sustentou a premissa tradicional da assistência hospitalocêntrico manicomial, através do cuidado biologicista e curativista (Parks, 2022; Smith; Sisti, 2022). Inspirado no modelo da Psiquiatria Democrática Italiana, o Brasil iniciou um movimento de discussão sobre desinstitucionalização na década de 1970, com o processo da Reforma Psiquiátrica, o qual deu origem à construção de políticas que consideram as interações sociais, o direito à cidadania e a produção de práticas terapêuticas singulares que se responsabilizam pelo usuário e identificam sua necessidade e sofrimento (Alcântara; Vieira; Alves, 2022).

Uma parte essencial da desinstitucionalização é o desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade. Isso inclui programas de reabilitação e centros de saúde mental que oferecem suporte contínuo, com equipe especializada, proporcionando abordagem colaborativa entre profissionais de saúde mental, familiares e a própria comunidade, garantindo um atendimento de qualidade, efetivo e fora dos moldes manicomiais (Guljor et al., 2022).

A partir dessa premissa, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 10.216/2001, redireciona a atenção ao usuário de saúde mental e passa a ser ofertada na ótica da reabilitação psicossocial, que se dá no território de vida das pessoas, permitindo ao usuário manter os vínculos com sua comunidade, alternando o modelo assistencial em saúde mental tradicional para comunitário, social e promovedor de autonomia e autocuidado (Iglesias; Avellar, Neto, 2021).

Essa premissa é norteadas pelas redes de atenção à saúde, que conforme proposto por Mendes (2010), representam abordagem integrada e coordenada para a organização dos serviços de saúde, visando a garantia da integralidade do cuidado ao usuário. Essas redes são estruturas dinâmicas que articulam diferentes níveis de atenção e diversos pontos de atenção à saúde, incluindo atenção primária, especializada, urgência e emergência, bem como ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Elas buscam superar a fragmentação e a descontinuidade assistencial, promovendo a comunicação entre os serviços, a gestão compartilhada de recursos e a oferta de cuidado centrado no paciente, com foco na eficiência, na qualidade e na resolutividade dos serviços de saúde.

Uma das redes de atenção à saúde é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde brasileiro (MS) (Brasil, 2013), a qual atribui aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) o protagonismo nos processos de acolhimento e gerenciamento da saúde de pessoas com transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Porém, um estudo evidenciou baixa capacidade de identificação e manejo dos casos de saúde mental na APS, com sobrecarga dos serviços especializados, e consequentemente, dificuldade de acesso aos serviços da RAPS (Miliauskas et al., 2022). Essa realidade evidencia a necessidade de apoio e de ferramentas (teóricas e práticas) para profissionais da APS realizarem o cuidado e o acompanhamento dessas pessoas ao longo de sua trajetória social e de saúde.

Ao redor do mundo, um dos métodos utilizados a fim de sobrepujar essa realidade é a aproximação dos serviços que compõem a rede de saúde e fomentam o cuidado colaborativo entre profissionais de APS e equipe especializada (Silva et al., 2021), tornando a assistência hospitalar um fator complementar e não mais o elemento central da atenção à saúde mental.

No Brasil, como congênere dessas ações de aproximação dos serviços das redes, emerge a proposta do Apoio Matricial ou Matriciamento, que está ligada a uma nova metodologia de trabalho e proposição de superar os limites tradicionais dos serviços de saúde, reorganizando a gestão e adequando a qualificação do trabalho em campo através da integração dialógica entre as distintas especializações profissionais na RAPS (Iglesias; Avellar, 2019; Iglesias; Avellar; Neto, 2021). Por meio do trabalho interdisciplinar, o Matriciamento fortalece a produção de saúde de maneira compartilhada com transformação na conduta de casos, valorizando desta forma o usuário, a família e os profissionais, com continuidade da integralidade (Fagundes; Campos; Fortes, 2021).

Para permear e nortear essas ações na APS utiliza-se do Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini et al., 2011). Trata-se de um livro com o grande e relevante objetivo de capacitar profissionais da saúde geral, que atuam no nível dos cuidados primários ou básicos de saúde, assim como os de saúde mental que com eles interagem, para a prática diuturna das suas atividades, quando trabalhando os problemas da área da saúde mental.

Para a realização do Matriciamento no âmbito da saúde mental, os profissionais devem elaborar um projeto terapêutico singular, que inclui visita domiciliar, utilização de instrumentos pedagógicos como o genograma e o ecomapa, interconsultas e contato à distância (Chiaverini et al., 2011; Paladino; Amarante, 2021). Ainda, ações de educação permanente em saúde entre trabalhadores do SUS e a criação de grupos interprofissionais para maior articulação de modalidades terapêuticas e corresponsabilidade em saúde (Eslabão et al., 2019; Iglesias; Avellar; Neto, 2021) que concorrem positivamente para a produção do cuidado sob esta perspectiva.

Nesse contexto, é ressaltada a relevância do trabalho dos profissionais de enfermagem na assistência ao usuário em sofrimento mental na APS, uma vez que estes estão inseridos na

equipe do território, o que permite ampliar o olhar que redireciona o cuidado em saúde mental. Diante disso, considerou-se a seguinte pergunta norteadora: “Como as ações de Matriciamento em Saúde Mental estão sendo realizadas na APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná (3ª RS-PR)?”

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as ações de Matriciamento em Saúde Mental na APS dos municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde do Paraná a partir da atuação de enfermeiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os instrumentos do processo de Matriciamento utilizados por enfermeiros da APS;
- Identificar os meios de intervenção em saúde mental utilizados por enfermeiros da APS;
- Conhecer os desafios enfrentados por enfermeiros da APS para a prática do Matriciamento em Saúde Mental;
- Relacionar o perfil sociodemográfico e de atuação profissional do enfermeiro (a) com a realização das ações do Matriciamento em Saúde Mental;
- Relacionar os instrumentos do processo de Matriciamento e os meios de intervenção em saúde mental com as ações do Matriciamento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

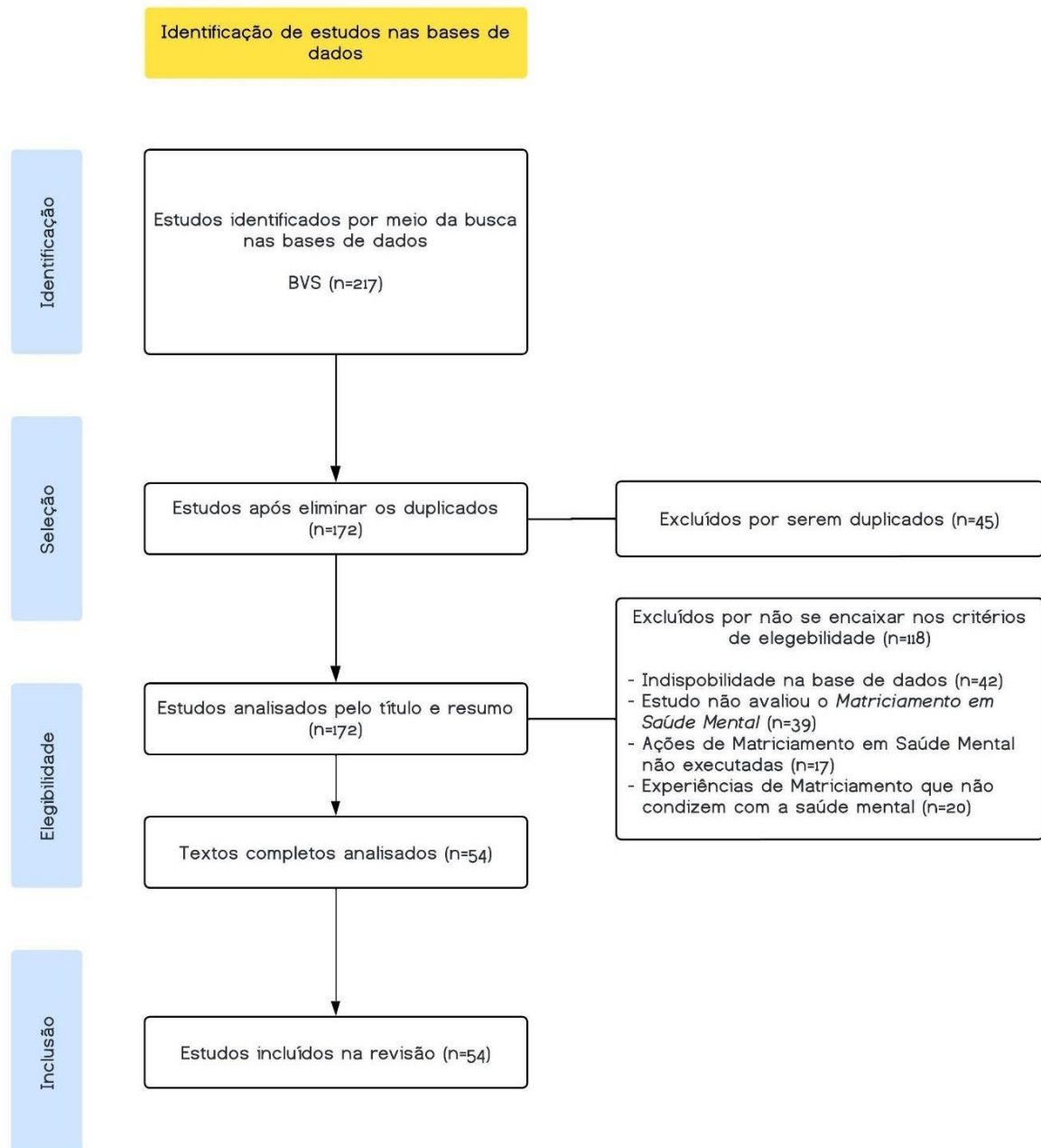
3.1 CAMINHO METODOLÓGICO

Para realização da seleção do material de leitura e aprofundamento da temática “Matriciamento em Saúde Mental” foram utilizadas as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde, a saber, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Web of Science, acessadas on-line no período de 2 de junho de 2022 a 27 de novembro de 2023. A busca foi realizada por meio da combinação dos descritores controlados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Atenção Primária à Saúde”, “Enfermeiro” e “Saúde Mental”, do termo livre “Matriciamento” e dos operadores booleanos “AND” e “OR”, aplicados aos campos “título, resumo e assunto”.

A revisão incluiu estudos que abordaram o Matriciamento em Saúde Mental e a atuação da Enfermagem neste arranjo, as ações do Matriciamento em Saúde Mental na APS ou na RAPS disponíveis eletronicamente nas bases de dados, publicados em inglês, português e espanhol e com restrição temporal de 2018 a 2023. Foram excluídos estudos que não estivessem na língua portuguesa e também estudos duplicados.

Após a aplicação dos filtros metodológicos, 217 estudos foram inicialmente selecionados, incluindo artigos, teses, monografias e dissertações, todos em língua portuguesa. Destes, estudos duplicados foram excluídos ($n = 45$), perfazendo um total de 172 estudos selecionados para leitura de título e resumo. Após a exclusão de artigos que não se enquadraram nos critérios de elegibilidade por meio da leitura do título e resumo ($n = 118$), foram selecionados 54 artigos para leitura na íntegra e utilização na revisão da literatura (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da revisão de literatura.



Fonte: O autor, 2024

3.2 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No que se refere aos manicômios, cujo termo deriva do grego "*mania*" (loucura) e "*komein*" (lugar), depara-se com uma crítica substancial relacionada à prática do isolamento, também conhecido como asilo (Conseglieri; Villasante, 2021). Esta abordagem teve suas raízes nas ações do médico Philippe Pinel no final do século XVIII, na França, o qual preconizou o isolamento e a disciplina como princípios fundamentais do tratamento de pacientes

psiquiátricos. Essa abordagem preconizava o completo afastamento do mundo exterior como meio de promover a recuperação psíquica, baseando-se na concepção de que as causas da alienação mental residiam no meio social (Mauro et al., 2021).

Além disso, a disciplina era vista como uma ferramenta para a restauração da organização mental e o controle das emoções. Nesse contexto, consolidaram-se o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. O indivíduo alienado mentalmente era considerado alguém que, estando fora de si e desprovido de razão, representava uma ameaça social e, por conseguinte, não poderia exercer seu livre-arbítrio. Essa perspectiva justificava a prática de mantê-lo asilado (Facchinetti, 2023).

Ao instigar a psiquiatria no Brasil, em julho de 1841, por decreto de Dom Pedro II, foi estabelecido o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício de Pedro II, situado em Botafogo, Rio de Janeiro. Sua efetiva inauguração ocorreu em 1852, com uma capacidade inicial para acomodar 350 pacientes. O surgimento desse manicômio estava atrelado à chegada da família real portuguesa em 1808, que exigiu a adequação da colônia para atender às suas novas imputações das pessoas advindas de Portugal (Mauro et al., 2021). Antes disso, os indivíduos com transtornos mentais viviam pelas ruas, isolados em domicílio ou até mesmo presos (Prado, 2023).

Além dos manicômios, surgiram as colônias de alienados com o intuito de diminuir a superlotação dos hospitais psiquiátricos e ter a mão de obra barata agrícola estabelecida como “recuperação clínica dos doentes”. Porém, essas colônias mantinham o mesmo modelo asilar de tratamento e perduraram até meados do século XX (Kantorski et al., 2021).

Somente no período pós Segunda Guerra Mundial, o olhar aos pacientes psiquiátricos começou a ser observado e questionado: “Que tipo de tratamento esses pacientes estão recebendo?”. E comparou-se os chamados “cuidados” com as concentrações nazistas da época, tendo a partir disso, a impulsão dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, em diversos países mundo afora, com novas propostas em relação à atenção em saúde mental (Hororato, 2022; Kemper, 2022).

Por meados da década de 1960, o psiquiatra Franco Basaglia, começou os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica na Itália, dando início ao desenvolvimento de uma prática institucional que não se abstinha apenas ao aparato físico manicomial, mas abrangeu conhecimentos, práticas científicas, sociais e legais que colocavam a doença como coadjuvante no tratamento e a pessoa em si, o próprio paciente, o protagonista. Esses movimentos impulsionaram a reforma em vários locais e foi a inspiração para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Kantorski et al., 2021).

O movimento brasileiro só ganhou força no final da década de 1970, contando com a presença significativa de Franco Basaglia tanto no Congresso Brasileiro de Psicanálise no Rio de Janeiro (1978) quanto no Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte (1979). Teve um avanço significativo a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro/RJ e do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em Bauru/SP, ambos realizados em 1987. O lema deste congresso foi "Por uma sociedade sem manicômios" (Romano et al., 2023).

A Reforma Psiquiátrica propunha métodos baseados em cuidados horizontais e articulados democraticamente, com participação ativa dos pacientes em seus projetos terapêuticos, proporcionando autonomia, a implementação de medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar e iniciativas de saúde mental preventiva e comunitária (Kemper, 2022). A prática da Reforma ficou conhecida como “desinstitucionalização”, que na psiquiatria refere-se a um processo de transformação no tratamento de pessoas com problemas de saúde mental, buscando a substituição de hospitais psiquiátricos tradicionais por serviços mais integrados na comunidade. O movimento de desinstitucionalização baseia-se nos princípios dos direitos humanos, reconhecendo que as pessoas com transtornos mentais têm direito a tratamento digno, respeito e participação plena na sociedade (Paiva et al., 2022).

Discorrendo nesse contexto, foi adotada a expressão "serviços substitutivos" para instituir aqueles serviços que assumiram a assistência psiquiátrica fora dos manicômios. Esses locais, presentes no território de vida dos pacientes, assumem a responsabilidade pelo cuidado ao paciente psiquiátrico em sua comunidade e preservando-o em seu lugar social (Honorato, 2022).

3.3 NOVOS MODELOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Pensando nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo, sendo chamado de Professor Luís da Rocha Cerqueira. Esse serviço propunha-se substituir os manicômios, a fim de evitar internações e acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos, com atendimentos de saúde mental na perspectiva territorial proposta pela reforma (Sampaio; Bispo Junior, 2020).

Posteriormente, em resposta a inúmeras denúncias realizadas por pacientes, familiares e colaboradores, uma série de intervenções foram desencadeadas em manicômios por todo o Brasil (Martins; Assis; Bolsoni, 2022). Essas denúncias destacaram abusos e más práticas

dentro das instituições, gerando uma pressão social e política por mudanças. Em consequência, medidas de longo prazo começaram a ser adotadas com o intuito de promover um modelo de cuidado desinstitucionalizado, que priorizasse a reintegração social e o tratamento humanizado dos pacientes.

Nesse contexto, emergiu o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos, SP, em 1989, como uma iniciativa pioneira na oferta de cuidado psicossocial fora do ambiente manicomial. Paralelamente, outros estados, como Minas Gerais, também protagonizaram significativos movimentos antimanicomiais, que contribuíram para a transformação das práticas psiquiátricas no país (Amarante; Nunes, 2018). Essas ações marcaram o início de uma mudança paradigmática no tratamento de pacientes psiquiátricos, direcionando-se para um modelo que valorizasse a autonomia, a dignidade e os direitos humanos dos indivíduos em sofrimento mental.

No ano de 1989, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em Minas Gerais, foi apresentado ao Congresso Nacional, que beneficiou a aprovação de leis estaduais e normativas nacionais em relação à substituição dos manicômios no Brasil e serviu de base para a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em que o país assumiu o compromisso de assinar a Declaração de Caracas, garantindo a reestruturação da assistência psiquiátrica, correspondendo ao atendimento no território da população (Amarante; Nunes, 2018).

O Projeto foi sancionado como Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001) somente onze anos após sua apresentação. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil, proibição das internações em instituições asilares, com definições respectivas a cada tipo de internação, quando aplicável, ao tratamento humanizado e a garantia dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental (Amarante; Nunes, 2018; Lage et al., 2021).

No final de 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve papel fundamental na promulgação da Política de Saúde Mental alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil e propôs reflexões sobre a atuação dos dispositivos de atenção ao cuidado em saúde mental no território, o estabelecimento da implementação da rede de atenção à saúde mental e meios de fiscalização da substituição do modelo hospitalocêntrico e incentivo à redução de leitos hospitalares de psiquiatria. Nesse intervalo de tempo ainda, foram criados programas como “Programa de Volta para Casa”, estratégia utilizada como ferramenta de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas (Reboli; Krüger, 2013; Leite et al., 2018; Massa; Moreira, 2023).

Em 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que teve como propósito discutir e avaliar a trajetória até então dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e como estava sendo realizada a assistência em saúde mental. Dentre as questões abordadas, elencou-se grande ênfase ao aumento de trabalhadores na rede de saúde mental com precarização do cuidado antimanicomial e grande prevalência ainda no modelo biomédico, a falta de profissionais capacitados e a discussão da “epidemia do crack”, trazida fortemente pela mídia na época com forte pressão dos diversos cenários pela internação hospitalar (Reboli; Krüger, 2013; Leite et al., 2018; Massa; Moreira, 2023).

3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VERSUS SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, representando um marco na saúde pública brasileira. Sua concepção é baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paim, 2018). O SUS unifica a gestão e a prestação de serviços de saúde em todo o país, envolvendo a atuação conjunta de União, Estados, Municípios e Distrito Federal. A participação social e a descentralização são aspectos fundamentais do SUS, buscando garantir a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde no Brasil (Campos, 2018).

Com a criação do SUS, promulgou-se princípios de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como destaque a Atenção Básica (AB) ou APS, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fortemente atuando nos pontos que envolvem a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e redução de danos (Ferreira; Ladeia, 2018).

A atualização das edições da PNAB é um processo dinâmico e crucial para garantir a efetividade e a adequação das diretrizes às necessidades em constante evolução do sistema de saúde e da sociedade. Essas atualizações refletem um esforço contínuo para acompanhar os avanços científicos, tecnológicos e epidemiológicos, bem como para incorporar as demandas e as experiências dos profissionais de saúde e da comunidade. Além disso, as revisões da PNAB buscam alinhar-se com as diretrizes internacionais e as melhores práticas da APS, visando sempre aprimorar a qualidade, a integralidade e a equidade dos serviços prestados (Melo et al., 2018).

A PNAB passou por diversas edições ao longo dos anos, sendo oficialmente estabelecida em 2006, com atualizações em 2011 e 2017. A primeira edição, em 2006, ampliou o escopo da AB, incorporando atributos da APS abrangente e reconhecendo a Saúde da Família

como modelo substitutivo ao modelo manicomial. As políticas incrementais ao SUS subsequentes, como o Programa Mais Médicos (PMM) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), buscaram enfrentar desafios como subfinanciamento e infraestrutura inadequada (Morosini; Fonseca, De Lima, 2018). Entretanto, apesar dos esforços, questões como precarização das relações de trabalho e integração da AB com outros componentes das redes de atenção persistiram. A revisão da PNAB em 2017, em meio a uma crise política e econômica, introduziu mudanças significativas, incluindo uma nova estrutura de financiamento do SUS e congelamento de gastos com saúde e educação por 20 anos (Brasil, 2017).

Através da PNAB implementada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), torna-se porta aberta e de entrada (preferencialmente), para que ocorra atenção universal em saúde, considerando as singularidades individuais e coletivas da população do território, promoção de vínculos, corresponsabilização e cuidados de saúde (Ferreira; Ladeia, 2018). Esse trabalho ocorre através de equipe multiprofissional, presente no Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é uma abordagem de organização na APS, visando promover o acesso universal, integral e equitativo à saúde, priorizando o acompanhamento de famílias no território (Morosini; Fonseca, De Lima, 2018). A equipe multiprofissional da ESF atua na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, buscando a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. A integração com a comunidade, a visita domiciliar e a atuação preventiva são características fundamentais dessa estratégia (Bianconi et al., 2020).

A APS passa a realizar o cuidado em saúde mental apenas em 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com integração das ações e capacitação dos profissionais da ESF. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, também reafirma o papel estratégico da atenção básica na rede de saúde mental e amplia:

A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do Matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o Matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção à saúde, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas (Educação, Saúde, Assistência Social e outras) (BRASIL, 2010, p.22).

A abordagem do sofrimento psíquico do paciente é indispensável na APS. O processo de adoecimento está profundamente ligado à percepção que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo, influenciando seu comportamento. Quando há desajuste ou ruptura nessa conexão, podem surgir sofrimento e doenças, seja em casos persistentes e graves, como a esquizofrenia, ou em situações mais leves e temporárias (Da Silva Filho; Bezerra, 2018). É crucial que todos os profissionais de saúde possuam capacidade para compreender de maneira empática a vivência íntima e dolorosa do paciente, assim como o ambiente que perpetua essa experiência. Nesse contexto, o apoio e a experiência da equipe de saúde mental desempenham um papel fundamental (Morais et al., 2021).

A saúde mental na APS é uma realidade presente no cotidiano dos profissionais da saúde, por isso se constitui como competência de todos buscar promovê-la em sua integralidade, a fim de não dissociar os aspectos físicos dos emocionais ao realizarem a prática de cuidado dos usuários (Eslabão et al., 2019). A partir desse paradigma, o hospital psiquiátrico deixa de ser o foco da assistência e a organização dos serviços de saúde começa a dar ênfase no modelo psicossocial, incluindo-se aí, a rede de suporte social, como a família, a sociedade e, também, a APS inserida no território, local no qual a pessoa com transtorno mental pertence (Fagundes; Campos; Fortes, 2021).

Essa realidade evidencia a necessidade de apoio e de ferramentas (teóricas e práticas) para profissionais da APS para o cuidado e o acompanhamento dessas pessoas ao longo de sua trajetória social e de saúde. Pela necessidade de incorporar a integralidade e aumentar a resolutividade de atendimento da saúde mental na APS, surge como ferramenta de operação o Apoio Matricial ou Matriciamento, que está ligado a uma nova metodologia de trabalho, propondo superar os limites tradicionais dos serviços de saúde, reorganizando a gestão e adequando a qualificação do trabalho em campo, através da integração dialógica entre as distintas especializações profissionais na atenção primária (Iglesias; Avellar, 2019).

3.5 O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA, CONCEITOS E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Em 1999, o médico sanitário e professor titular da Universidade Estadual de Campinas, Gastão Wagner Campos, desempenhou um papel fundamental ao desenvolver e fundamentar teoricamente o conceito contemporâneo de organização matricial do trabalho, como o conhecemos atualmente. Este modelo evoluiu a partir de experiências prósperas praticadas nas cidades de Betim, Minas Gerais e Campinas e Paulínia, São Paulo (Santos;

Cunha; Cerqueira, 2020). A proposta dos autores introduz uma abordagem inovadora na lógica organizacional, destacando a prioridade no processo de trabalho centrado na produção em saúde, em detrimento do tradicional foco em procedimentos. Essa perspectiva visa estimular o engajamento da equipe com o usuário, estabelecendo uma conexão mais significativa entre profissionais de saúde e pacientes (Iglesias; Avellar, 2019).

O Matriciamento em Saúde Mental, visto como uma importante estratégia de conexão diante da efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, tem como proposta integrar a saúde mental na APS. A partir dessa metodologia é possível aproximar e construir trabalho em conjunto entre as equipes da APS e as equipes especializadas, como o CAPS, com enriquecimento das práticas em saúde mental, desmistificação de preconceitos e desigualdades, proporcionando atendimento integral, humanizado e aproximado ao território, tendo em vista a promoção de saúde e desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico (Iglesias; Avellar, 2019).

A palavra Matriciamento refere-se à ideia de matriz, indicando uma relação de suporte e orientação entre profissionais de diferentes níveis de especialização. No contexto da saúde mental, o Matriciamento envolve profissionais mais especializados, como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, com a finalidade de oferecerem suporte consultivo e compartilharem seus conhecimentos com profissionais da APS. Profissionais especializados em saúde mental compartilham seus conhecimentos com os profissionais da APS, oferecendo suporte na identificação, diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, além de orientações sobre estratégias de intervenção (Amarante; Nunes, 2018).

O Matriciamento visa superar barreiras assistenciais, garantindo que a população tenha acesso a serviços de saúde mental de qualidade, independentemente do local de atendimento. Deve ser implementado de forma territorializada, levando em consideração as características e necessidades específicas de cada comunidade. Isso permite uma adaptação da abordagem de acordo com a realidade local (Coelho; Nunes; Feitosa, 2023).

Ainda, o Matriciamento inclui a oferta de capacitação e educação permanente para os profissionais da APS, proporcionando atualizações regulares sobre práticas e abordagens em saúde mental, bem como envolve a articulação eficiente entre os diversos pontos da rede de saúde, promovendo a continuidade do cuidado e facilitando o acesso a serviços especializados quando necessário. Busca uma abordagem centrada na pessoa, considerando não apenas os sintomas, mas também o contexto social, familiar e cultural, para proporcionar um cuidado mais holístico e adaptado às necessidades individuais (Pinheiro; Amaral; Nepomuceno, 2023).

Um estudo nacional evidenciou que o Matriciamento é um novo arranjo de funcionamento em saúde mental na atenção primária, com melhorias da qualidade de atendimento ao usuário (Iglesias et al., 2024). Um estudo discute a representação e o significado do Matriciamento para as equipes da APS, que vivenciam o apoio a essa metodologia de trabalho, abordam os desafios epistemológicos, organizacionais e políticos envolvidos no processo, destacando a falta de diretrizes, falta de preparo técnico-profissional, dificuldades na troca de conhecimentos entre equipes e falta de investimentos da gestão (Iglesias et al., 2024).

Contudo, apesar da APS ser referenciada como um ponto importante e estratégico para a conformação e articulação da rede de serviços de saúde mental, observa-se em um estudo a falta de preparo dos profissionais atuantes neste nível da atenção para o atendimento dos casos que envolvem a saúde mental (Treichel; Campos; Campos, 2019). As equipes de saúde mental devem contribuir com as equipes da APS para que ocorra o desenvolvimento da escuta qualificada diante dos aspectos subjetivos e psicossociais, que implicam no processo saúde-doença dos usuários (Sousa; Costa; Jorge, 2019).

Sabe-se que a enfermagem é considerada linha de frente na APS (Kates, 2018). O profissional enfermeiro tem sido visto como mediador das relações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, por ser capaz de facilitar a comunicação entre os trabalhadores da rede e o destaca como provedor de conhecimento do território e dos usuários, bem como atuante nos processos educativos (Gusmão et al., 2022; Militão et al., 2022).

Com relação à atenção em saúde mental algumas ações têm se mostrado fortalezas na atuação do enfermeiro, como por exemplo: acolhimento e fortalecimento de vínculo, a escuta e promoção de reinserção social, redução de danos, além de atividades terapêuticas e de lazer, o cuidado com a saúde geral, realização de projetos terapêuticos singulares e articulação do cuidado entre os serviços da RAPS (Sarzana et al., 2021). Diante de tantas mudanças na lógica de cuidado, é comum encontrarmos profissionais que se sentem inseguros, com dúvidas, receios, ou interesse em se qualificar para melhor atuarem nesses casos, e é a partir disso que surge a proposta do apoio matricial (Silva et al., 2021).

O enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental no acolhimento e na avaliação inicial dos pacientes. Isso inclui a identificação de fatores de risco, a compreensão das necessidades individuais e a coleta de informações relevantes para orientar o plano de cuidados, na educação e promoção da saúde mental, tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Isso envolve fornecer informações sobre prevenção, estratégias de enfrentamento e a importância do autocuidado, realizar o acompanhamento contínuo dos pacientes, monitorando a eficácia das intervenções e ajustando o plano de cuidados conforme necessário. Esse

monitoramento é vital para garantir a aderência ao tratamento e a identificação precoce de possíveis complicações (Baggio et al., 2023).

No Matriciamento, o enfermeiro atua como um elo entre os profissionais de saúde e os usuários, facilitando a comunicação e garantindo que as necessidades e preocupações dos mesmos sejam compreendidas e abordadas de maneira adequada. Em colaboração com outros profissionais, o enfermeiro pode ajudar a desenvolver estratégias de enfrentamento personalizadas para com os usuários, capacitando os profissionais da APS a lidar eficazmente com as demandas de saúde mental (Cardoso et al., 2021).

Nesse sentido, o Matriciamento mostra-se capaz de capacitar os profissionais e criar instrumentos terapêuticos e de relacionamento interpessoal, que são indispensáveis para trabalhar com saúde na APS. Enfatiza-se que o olhar do enfermeiro no Matriciamento é de extrema relevância para a condução de casos, tendo em vista que esses profissionais se encontram face a face com os usuários no território, e possuem conhecimento das necessidades em saúde, incluindo saúde mental, que cada indivíduo apresenta. Na prática clínica, o enfermeiro é capaz de protagonizar as ações territoriais elaboradas durante os encontros do Matriciamento, através do planejamento de cuidados e efetivação das ações (Baggio et al., 2023).

Por conseguinte, o papel do enfermeiro no Matriciamento corresponde em atender as demandas da sua unidade, dos usuários com problemas de saúde mental, elaborando nos encontros alternativas e propostas de atendimento juntamente à equipe multiprofissional. Dessa forma, entende-se que esse profissional deve assumir seu papel na gestão do cuidado e assistência em saúde mental, baseada na integralidade, responsabilidade territorial e bem-estar dos usuários e suas famílias (Esperidião; Saidel; Rodrigues, 2020).

Durante sua formação, o profissional enfermeiro deve ser habilitado para atender indivíduos em sofrimento psíquico, a partir de uma abordagem crítica-reflexiva. Esse conhecimento científico possibilita um arcabouço teórico importante, o que torna este profissional um importante aliado durante os encontros do Matriciamento, uma vez que o mesmo pode contribuir significativamente no enfrentamento e resolubilidade de cada situação, bem como na instrumentalização de toda a equipe de saúde no que se refere à assistência em saúde mental e superar a tradicional lógica de encaminhamentos desnecessários aos serviços de atenção especializada (Cardoso et al., 2021).

Nota-se que a superlotação dos serviços de atenção psicossocial e o encaminhamento inadequado aos serviços especializados têm acarretado em sobrecarga dos mesmos. Quando ocorre de forma errônea, de acordo com as orientações do MS, os usuários devem ser

encaminhados à APS novamente, para que nesse nível de atenção à saúde recebam o cuidado de acordo com as suas demandas de saúde mental (Nacamura et al., 2021). Com as ações matriciais, é esperado que a autonomia e responsabilização das equipes matriciadas aumentem, incorporando gradativamente conhecimento e habilidades para intervir em situações antes cabíveis somente aos especialistas em saúde mental (Iglesias; Avellar; Neto, 2021).

As ações matriciais também rompem a tendenciosa e indiscriminada lógica dos encaminhamentos para a atenção especializada como forma de “livramento” dos problemas de saúde mental, por profissionais que não se sentem aptos e seguros em atender essa demanda (Miliauskas et al, 2022). Com as ações do Matriciamento, determinados encaminhamentos se tornam desnecessários, uma vez que a equipe da APS está capacitada para atender tais usuários (Cohen, 2018). Com boa avaliação, acolhimento e responsabilização, pode haver o encaminhamento aos serviços especializados quando houver legítima necessidade (Cohen; Castanho, 2021).

O Matriciamento se torna essencial para o fortalecimento da rede de cuidado, elaborando novas perspectivas na atenção psicossocial (Godoi, 2020). São muitas as discussões levantadas pelos profissionais da atenção básica em relação à dificuldade de atender a demanda de saúde mental, como também a quantidade excessiva de renovação de receitas controladas. Esse excesso faz com que apenas se resolvam questões que surgem no dia a dia, não permitindo aos profissionais parar, discutir e programar o que pode ser feito para mudar esse contexto em suas áreas de atuação (Treichel; Campos; Campos, 2019).

O Matriciamento em Saúde Mental interliga-se com a Política Nacional de Humanização (PNH), unindo estratégias fundamentais no contexto da atenção à saúde, visando promover um cuidado mais humanizado, integrado e efetivo. A PNH tem como base a promoção dos princípios humanizadores no atendimento à saúde, priorizando o acolhimento, a escuta qualificada, o respeito à autonomia e a valorização da subjetividade do paciente. A política promove a gestão participativa, envolvendo profissionais de saúde, usuários e gestores na tomada de decisões. Essa abordagem busca construir uma relação mais colaborativa e democrática no ambiente de saúde (De Oliveira et al., 2021).

4 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar a pesquisa surgiu ainda na graduação, quando em 2018 participei de um projeto de pesquisa e extensão sobre o Matriciamento em Saúde Mental na APS em uma cidade do Sudoeste do estado do Paraná. Foi o que gerou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e publicação de artigo em periódico. A temática do Matriciamento me fascina em diversos aspectos: cuidado singular ao usuário e/ou família no território, sendo executado por profissionais de diferentes saberes, possibilitando a troca de conhecimentos teóricos e práticos, e nessa troca, o compartilhamento de saberes entre as equipes interdisciplinares.

Na sequência da graduação, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) no período compreendido entre 2020 e 2022, período em que a pandemia de COVID-19 se instaurou. Durante o período da Residência, passei pela maioria dos serviços da RAPS dos municípios de Ponta Grossa – PR e Carambeí - PR. Foi possível perceber que alguns cenários práticos executavam as ações de Matriciamento, mas de uma forma muito simplificada, muitas vezes somente de médico especialista em psiquiatria, do CAPS, para médico generalista da APS, sem que a equipe interdisciplinar estivesse presente nas ações, principalmente enfermeiros, cujo foco da presente pesquisa.

Outra situação comum em cenário prático da Residência, era de que a maior parte do meu trabalho era destinado aos atendimentos individuais e não coletivo com a equipe interdisciplinar, estando inserido em uma lógica que seguia a direção contrária das novas metodologias propostas pela Reforma Psiquiátrica. Tal fato pode ser atribuído pela rotina dos profissionais da RAPS seguirem por um longo período essa premissa de cuidado, mas também pela pandemia de COVID-19 que ocorreu nesse período. Muitos serviços da RAPS modificaram a estrutura de trabalho: não recebiam mais os usuários/famílias portas adentro, atendimentos e consultas eram feitos via telefônica, visitas domiciliares restritas e reduzidas.

Percebi que, ainda em 2021, quando a pandemia já estava considerada mais “tranquila”, e os serviços da RAPS foram voltando ao normal, os cuidados de saúde mental e as ações de Matriciamento pareciam estar congelados no tempo. Observei na prática a falta de preparo dos profissionais que atendam aos casos que envolvem a saúde mental. As equipes especializadas devem contribuir com as equipes da APS, para que ocorra o desenvolvimento da escuta qualificada diante dos aspectos subjetivos e psicossociais, que implicam no processo saúde-doença dos usuários.

Diante da situação, identificou-se a necessidade de analisar as ações de Matriciamento em Saúde Mental que ocorrem na APS, sob o olhar dos enfermeiros, não somente nos municípios de Ponta Grossa – PR e Carambeí – PR, mas em todos os municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde do Paraná. A seleção de somente enfermeiros da APS deu-se em decorrência do grande número de profissionais interdisciplinares existentes na RAPS e o curto tempo de realização do mestrado.

Para a sociedade, essa pesquisa traz contribuições, a expansão e a consolidação de uma lógica organizacional que prima pelo cuidado integral e compartilhado em saúde mental na APS, fortalecendo os vínculos de trabalho na rede de atenção psicossocial, desmistificando que o Matriciamento seja simplesmente uma “reunião” para encaminhar pacientes ao profissional especialista.

Ademais, possibilita a produção de material bibliográfico que aprimora o conhecimento científico e permite a reflexão-discussão em saúde mental dos profissionais, tendo em vista que é um trabalho original, com enfoque nos enfermeiros da APS, tema que se encontra em escassez na literatura.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional analítico, de recorte transversal e caráter quantitativo, desenvolvido em território que compreende a 3ª RS-PR, Brasil, compondo doze municípios formadores (Arapoti; Carambeí; Castro; Ipiranga; Ivaí; Jaguariaíva; Palmeira; Piraí do Sul; Ponta Grossa; Porto Amazonas; São João do Triunfo; Sengés) (SESA-PR, 2022).

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa foram em sua totalidade 176 enfermeiros que atuam em UBS e/ou ESF da APS da 3ª RS-PR, Brasil. A relação dos participantes do estudo foi fornecida pela 3ª RS-PR, sendo posteriormente criada uma planilha constando nome do município, com suas respectivas UBS e/ou ESF, e telefones de contato. A planilha envolveu 121 serviços de saúde, sendo 39 UBS e 82 ESF.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: profissionais que possuem vínculo de pelo menos um ano de trabalho na UBS e/ou ESF; exercem a função de enfermeiro. Como exclusão foram considerados os profissionais que não retornaram às ligações telefônicas após três tentativas em dias e horários alternados.

5.3 COLETA DE DADOS

A obtenção das informações foi por meio de formulário estruturado, baseado em instrumentos do MS do Brasil (Chiaverini et al., 2011; Brasil, 2013) e estudos científicos (Onocko-Campos, 2017; Serra, 2018), contendo questões que validem as ações Matriciamento em Saúde Mental na APS. O formulário foi aplicado por um único pesquisador, através de ligação telefônica exclusivamente. A duração de cada entrevista compreendeu o intervalo de vinte minutos.

O Formulário de Coleta de Dados (APÊNDICE A) foi elaborado no modelo de Escala de Likert (Lima, 2014) que consiste de uma lista de frases que manifestam opiniões radicais (claramente positivas ou negativas) em relação à atitude que se está a estudar, comumente apresentada como uma tabela de classificação de afirmativas, tendo o cuidado de cobrir as diferentes vertentes que se relacionam com o assunto, apresentadas em cinco respostas no

sentido positivo para negativo: “muito frequente; frequente; ocasionalmente; raramente; nunca”. O formulário contava com 55 questões divididas em 08 subitens: a.1) informação dos enfermeiros da APS; a.2) informações sobre o território de saúde; b) ações de Matriciamento em saúde mental; c.1) instrumentos utilizados no processo de Matriciamento em Saúde Mental; c.2) intervenções em saúde mental utilizadas na atenção primária à saúde; c.3) problemas de saúde mental atendidos na unidade de saúde; c.4) desafios para as práticas de Matriciamento; c.5) potencialidades do Matriciamento.

Para registro de dados foi utilizado a plataforma Formulários do Google e na sequência foi construída uma planilha de dados no *software* Microsoft Excel 365®, composta pelo nome do entrevistado, telefones de contato, data, horário e quantas ligações foram realizadas, contendo todos os dados coletados. As ligações ocorreram no intervalo entre dezembro de 2022 a março de 2023, de segunda a sexta-feira, nos horários entre 08 às 12 horas e 13 às 17 horas.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A relação entre as variáveis observadas e as respostas foram analisadas por meio de estatística descritiva, considerando-se as tabelas de contingência para as frequências absolutas (n) e relativas (%) em cada classificação das variáveis independentes (perguntas do formulário) e dependente (afirmativas das respostas).

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa. Este tipo de análise traz abordagem estatística essencial para compreender a distribuição de variáveis em um conjunto de dados. Essa técnica oferece *insights* valiosos sobre a constância de ocorrência de diferentes categorias ou valores, proporcionando uma visão abrangente e detalhada do fenômeno em estudo.

A frequência absoluta corresponde ao número de vezes que um mesmo elemento se repetiu em um conjunto de dados. Para apresentar esses dados, é bastante comum o uso de uma tabela frequência, que possui como uma de suas colunas a frequência absoluta — nela é colocada a quantidade de vezes que um mesmo valor de variável apareceu, ou seja, é literalmente a frequência de um elemento do conjunto (Chiviacowsky, 1994).

Já a frequência relativa é a divisão entre o número de vezes que um dado específico se repete, pela quantidade total de dados, que irá comparar a quantidade de respostas de um dado específico, com a quantidade total de respostas coletadas em uma pesquisa estatística. Esta comparação entre uma parte das respostas em relação ao todo é feita através de uma divisão. (Chiviacowsky, 1994).

A vantagem da frequência relativa é que ela normaliza as contagens, permitindo comparações mais significativas entre diferentes conjuntos de dados, independentemente do tamanho da amostra. Ao expressar as frequências como proporções, torna-se mais fácil perceber a importância relativa de cada categoria no contexto do conjunto de dados (Chiviacowsky, 1994).

Ambas as abordagens, frequência absoluta e relativa, são comumente empregadas em conjunto para apresentar uma compreensão completa da distribuição de dados. A representação gráfica dessas frequências, por meio de gráficos de barras, gráficos de pizza ou histogramas, facilita a visualização e interpretação dos resultados, permitindo a comunicação eficaz das descobertas (Chiviacowsky, 1994).

O tipo de classificação adotado para a confecção das tabelas de contingência para as variáveis dependentes baseou-se na comparação entre o número de respostas afirmativas em cada subitem observados para a amostra, com os escores obtidos nas perguntas para cada uma das variáveis independentes. Para essas últimas, o critério de comparação variou conforme a sua natureza. Partiu-se da premissa de análise das variáveis dependentes classificadas como positivas “muito frequentes” e negativas “nunca”, embasando a discussão do Matriciamento em saúde mental na APS.

Para examinar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, foi conduzida uma análise estatística detalhada. Primeiramente, foi realizada uma análise bivariada utilizando o teste do Qui-Quadrado para identificar associações iniciais. Em seguida, foi aplicado o teste Exato de Fisher para verificar a robustez dos resultados em amostras menores ou quando os pressupostos do Qui-Quadrado não eram atendidos. Por fim, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para comparar as medianas entre grupos, uma vez que esse teste não assume a distribuição normal dos dados.

As variáveis incluídas na análise foram a "Capacitação do Matriciamento em Saúde Mental" em relação a outras categorias, tais como "dados sociodemográficos", "ações de Matriciamento em Saúde Mental", "instrumentos utilizados" e "intervenções realizadas". Essas variáveis foram selecionadas para fornecer uma visão abrangente das interações e possíveis influências entre os diferentes aspectos do Matriciamento em Saúde Mental.

O teste do Qui-quadrado é um teste fundamental no estudo inferencial de variáveis nominais/ categóricas que informa sobre a relação de associação estatística entre as variáveis. Do ponto de vista da estatística descritiva, a análise bivariada de variáveis categóricas pode ser feita através das tabelas 2×2 (Crosstabs) também designadas tabelas de contingência. A partir da análise bivariada (Crosstabs) podemos definir um teste estatístico para a análise da

associação entre duas variáveis categóricas, estando já ao nível da estatística inferencial (Beiguelman, 1996).

O teste de independência do qui-quadrado pode considerar um nível de significância de 5%. Assim, o nível de significância observado (Asymp. Sig.) igual ou superior a 0.05 permite confirmar a hipótese nula de independência das variáveis em análise. Se o valor de p obtido for igual ou superior a 0.05 ($p \geq 0.05$) considera-se que as diferenças entre os valores observados e os valores esperados não são significativas e, portanto, as variáveis não apresentam uma associação estatística significativa. A análise dos valores dos resíduos ajustados permitirá dizer em que categorias as variáveis apresentaram associação estatística (ainda que esta não seja significativa) (Beiguelman, 1996).

Da mesma forma, o teste exato de Fisher também é uma ferramenta estatística utilizada para determinar se há associação significativa entre duas variáveis categóricas em tabelas de contingência. Esse teste é especialmente útil quando os tamanhos das amostras são pequenos, exatamente como a presente pesquisa. A principal vantagem do teste exato de Fisher é que ele calcula diretamente a probabilidade de ocorrência dos dados observados, levando em consideração todas as possíveis distribuições dos dados, o que proporciona resultados mais precisos em condições de amostras pequenas (Mehta & Patel, 1983).

O cálculo do teste exato de Fisher envolve a utilização da distribuição hipergeométrica para determinar a probabilidade exata de obter uma tabela de contingência particular, dadas as margens fixas das linhas e colunas. Isso é feito ao considerar todas as possíveis tabelas de contingência que poderiam ser obtidas com os mesmos totais marginais e somar as probabilidades dessas tabelas que são tão extremas ou mais extremas do que a tabela observada. Esse processo é computacionalmente intensivo, especialmente para tabelas maiores, mas é facilitado pelo uso de softwares estatísticos modernos (Mehta & Patel, 1983).

Por fim, o teste de Kruskal-Wallis é uma ferramenta estatística não paramétrica usada para comparar as medianas de três ou mais grupos independentes. Ele é uma extensão do teste de Mann-Whitney e é especialmente útil quando os dados não seguem uma distribuição normal, tornando-se uma alternativa robusta ao ANOVA para dados não paramétricos. A principal vantagem do teste de Kruskal-Wallis é que ele não exige que os dados atendam aos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias, permitindo a comparação de grupos com distribuições diferentes (Breslow, 1970).

O procedimento do teste envolve a classificação dos dados em uma única lista ordenada, seguida pela atribuição de postos (*ranks*) a cada valor. A soma dos postos é calculada para cada grupo, e a estatística de teste H é determinada com base nessas somas e no número de

observações em cada grupo. A estatística H é então comparada com uma distribuição qui-quadrado para determinar se há diferenças significativas entre as medianas dos grupos. Se o valor de H exceder o valor crítico da tabela qui-quadrado, rejeita-se a hipótese nula de que as medianas dos grupos são iguais (Breslow, 1970).

Os dados foram analisados utilizando o *software* Epi InfoTM 7.2.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (parecer nº 5.798.991; CAAE: 65051822.7.0000.0105), respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e normas internacionais para pesquisas com seres humanos (ANEXO A).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dos 176 bacharéis em Enfermagem pertencentes às 94 UBS e 137 ESF da 3ª Regional de Saúde do estado do Paraná, considerados inicialmente para o estudo, apenas 73 (41.47%) foram elegíveis para a pesquisa após aplicação dos critérios de elegibilidade. Assim, 78 (44.32%) foram desconsiderados por não retornaram às ligações telefônicas após três tentativas em dias e horários alternados, 13 (7.39%) se recusaram a participar do estudo e 12 (6.82%) estavam em período de férias e não puderam ser contatados, os dois últimos considerados perda amostral. As características do território de saúde, envolvendo a APS estão descritas abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

Município	APS		Bacharéis em Enfermagem	
	UBS	ESF	atuantes	Entrevistados
Arapoti	6	6	7	2
Carambeí	7	3	7	7
Castro	5	19	22	4
Ivaí	1	2	3	1
Ipiranga	2	4	6	2
Jaguariaíva	3	3	5	3
Palmeira	5	13	16	3
Piraí do Sul	4	5	7	1
Ponta Grossa	54	75	94	47
Porto Amazonas	1	1	2	1
São João do Triunfo	3	3	3	1
Sengés	3	3	1	1
Total	94	137	176	73

Fonte: O autor

Quanto às variáveis sociodemográficas, o perfil dos participantes foi: idade média de 36.52 anos, com desvio padrão de 8.20 anos, além de prevalência de 72.60% mulheres cisgênero e 61.64% brancos autodeclarados. Em relação ao estado civil, a maioria se declarou casado(a) (47.95%) ou solteiro(a) (39.73%).

Quanto à escolaridade, 46.58% dos entrevistados possuíam apenas graduação e 53.42% pós-graduação no momento da entrevista. Além disso, 46.58% declaram estar inseridos em equipe de UBS e 53.42% em equipe de ESF. O tempo de atuação médio foi de aproximadamente 37.76 meses, com desvio padrão de 19.45 meses, e a maioria (84.93%) relatou perfazer a jornada de trabalho de 40 horas semanais (hs.). Os dados relativos às

características sociodemográficas da amostra, bem como aqueles relativos à atuação profissional do enfermeiro(a) estão apresentados abaixo (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e atuação profissional do enfermeiro (a) da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

Variáveis sociodemográficas	Variável	Classe	Amostra
			n=73
	Idade (anos)		36.52±8.20
	Gênero	Homem cisgênero	20 (27.40%)
		Mulher cisgênero	53 (72.60%)
	Etnia	Branco (a)	45 (61.64%)
		Preto (a)	15 (20.54%)
		Pardo(a)	13 (17.82%)
	Estado civil	Solteiro (a)	29 (39.73%)
		Casado (a)	35 (47.95%)
		Divorciado (a)	6 (8.22%)
		Viúvo(a)	3 (4.10%)
	Escolaridade	Graduação	34 (46.58%)
		Pós-graduação	39 (53.42%)
	Organização da equipe assistencial	UBS	39 (53.42%)
		ESF	34 (46.58%)
	Tempo de atuação (meses)		37.76±19.45
	Jornada de trabalho	20 hs.	11 (15.07%)
		40 hs.	62 (84.93%)

Fonte: O autor

A presente pesquisa apresenta 72.60% de mulheres cisgênero. Essa predominância de mulheres na enfermagem é um fenômeno bem documentado e discutido há décadas. Este aspecto levanta uma série de questões pertinentes não apenas sobre a composição de gênero da profissão, mas também sobre as dinâmicas de poder, equidade salarial e representação dentro da área da saúde (Sousa et al., 2021).

Uma das razões históricas para a alta prevalência de mulheres na enfermagem remonta aos papéis de gênero tradicionais na sociedade. No passado, o cuidado de enfermagem era considerado uma extensão dos papéis femininos atribuídos às mulheres na esfera doméstica (Macedo, 2019). A ideia de cuidado e empatia era associada à feminilidade, e a enfermagem, por sua vez, era vista como uma ocupação natural para as mulheres.

No entanto, essa explicação não deve obscurecer o fato de que a enfermagem também é uma profissão altamente qualificada, exigindo educação formal, habilidades técnicas e competência clínica. Portanto, a prevalência de mulheres na enfermagem não pode ser reduzida apenas a estereótipos de gênero; há nuances complexas envolvidas (Bastias et al., 2020).

Além disso, a representação predominantemente feminina na enfermagem também pode ser atribuída a fatores estruturais e sociais. Por exemplo, em muitas partes do mundo, as mulheres enfrentam barreiras de acesso à educação e ao emprego em áreas predominantemente

Masculinas (Sousa et al., 2021). A enfermagem, por sua relativa abertura e demanda constante, pode oferecer oportunidades de emprego mais acessíveis para as mulheres.

Outro aspecto a considerar é a falta de representação masculina na enfermagem e suas implicações para a diversidade de perspectivas e experiências na profissão (Bastias et al., 2020). Uma maior diversidade de gênero pode levar a abordagens mais holísticas e inclusivas no cuidado de saúde, beneficiando tanto os profissionais quanto os pacientes (Sousa et al., 2021).

Ainda, a pesquisa evidenciou que 53.42% dos entrevistados possuem pós-graduação/especialização na área da saúde. Essa prevalência com especialização tem mostrado tendência crescente na busca por qualificações avançadas na enfermagem, explorando fatores como área de atuação, benefícios percebidos, e impactos na qualidade do atendimento.

O estudo de Calazans e colaboradores (2020) apresentou que 62.35% dos profissionais atuantes na prática da enfermagem possuem pelo menos uma pós-graduação, corroborando com o estudo de Mendes e colaboradores (2019), em que 69.27% dos enfermeiros atuantes possuem alguma especialização na área da saúde.

A pesquisa de Santos e colaboradores (2020) indica que há um aumento significativo no número de enfermeiros que buscam especializações. Essa tendência é impulsionada pela demanda por cuidados de saúde mais complexos e especializados, bem como pela necessidade de se destacar no mercado de trabalho competitivo. O estudo de Lima e colaboradores (2017) mostra que enfermeiros especializados tendem a oferecer um cuidado de maior qualidade. A formação avançada e o conhecimento aprofundado em áreas específicas permitem um atendimento mais preciso e eficaz, melhorando os resultados para os pacientes.

Enfermeiros com especialização frequentemente têm melhores oportunidades de avanço na carreira, incluindo posições de liderança e maiores salários, tendo em vista que a especialização é considerada como um diferencial importante no desenvolvimento profissional (Frota et al., 2019). Porém, um dos desafios para a realização da especialização é o custo e a acessibilidade dos programas de educação avançada. Muitos enfermeiros enfrentam dificuldades financeiras e logísticas para obter essas qualificações (Peres et al., 2018).

Ainda, temos 53.42% da organização da equipe assistencial classificados como UBS, que são estabelecimentos de saúde da APS, responsáveis por atender a população em geral, oferecendo serviços como consultas médicas, exames básicos, vacinação, atendimento odontológico e ações de promoção da saúde e atendem uma ampla gama de problemas de saúde, funcionando como a porta de entrada do SUS (Chazan; Da Costa., 2021). E temos 46.58% classificados como ESF, que são uma estratégia do SUS para reorientar o modelo assistencial com foco na atenção primária, baseada em práticas de saúde centradas na família e na

comunidade. Enfatizam a prevenção, promoção da saúde, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais comuns, com uma abordagem contínua e integral (D'Avila et al., 2017).

A diferença entre as classificações entre UBS e ESF dão-se principalmente pelo tipo de atendimento oferecido no território. Enquanto a UBS realiza trabalho amplo, geral, sem focar em um território específico, equipe variada e com equipe especialista, oferecendo atendimento individual, a ESF foca no território, na saúde da família e da comunidade, possui equipe direcionada na APS, com presença dos agentes comunitários de saúde, que são responsáveis por fazer a ligação entre a unidade de saúde e a comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (Ferreira et al., 2022).

6.2 AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

Sobre o eixo temático afeto às ações de Matriciamento em Saúde Mental, 64.38% dos entrevistados afirmaram ter passado por capacitação nesta temática, enquanto os 35.62% restantes não foram capacitados. Daqueles que relataram ter sido capacitados, houve similaridade entre os valores, sendo que 27.66% receberam tal treinamento há menos de um ano, 27.66% entre um e dois anos, 23.40% de dois a cinco anos e 21.28% há mais de cinco anos. Da totalidade de entrevistados, a maioria (36.99%) declarou conhecimento bom ou razoável (28.77%) sobre o Matriciamento em Saúde Mental. No entanto, 34.24% afirmaram que nunca ocorrem reuniões desta temática em seu ambiente de trabalho. Ademais, quando ocorrem as referidas reuniões, 34.24% afirmaram que participam ocasionalmente destas e 28.77% nunca estão presentes.

Os dados referentes às ações de Matriciamento em Saúde Mental encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Ações de Matriciamento em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

			(continua)
	Variável	Classe	Amostra
Ações de Matriciamento em Saúde Mental			n=73
	Capacitação	Sim	47 (64.38%)
		Não	26 (35.62%)
	Tempo de capacitação	Menos de um ano	13 (27.66%)
		De um a dois anos	13 (27.66%)
		De dois a cinco anos	11 (23.40%)
		Mais que cinco anos	10 (21.28%)
	Conhecimento sobre a temática	Excelente	0 (0.0%)
		Muito bom	14 (19.18%)
		Bom	27 (36.99%)
		Razoável	21 (28.77%)
		Ruim	11 (15.06%)

		(conclusão)
Variável	Classe	Amostra
Existência de reuniões sobre a temática	Muito frequente	0 (0.0%)
	Frequente	18 (24.66%)
	Ocasionalmente	18 (24.66%)
	Raramente	12 (16.44%)
	Nunca	25 (34.24%)
Participação em reuniões sobre a temática	Muito frequente	2 (2.74%)
	Frequente	17 (23.29%)
	Ocasionalmente	25 (34.24%)
	Raramente	8 (10.96%)
	Nunca	21 (28.77%)

Fonte: O autor

No que diz respeito a terem recebido capacitação sobre o Matriciamento em Saúde Mental, 64.38% apontaram que passaram pelo processo, mas destes, 28.77% elencam seu conhecimento sobre a temática como “razoável” e 36.99% como “bom”. A capacitação do Matriciamento em Saúde Mental é de extrema importância para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde mental dentro do SUS. A capacitação das equipes da APS em saúde mental possibilita atendimento mais qualificado e humanizado, com profissionais bem treinados aptos a identificar precocemente os problemas de saúde mental, realizando intervenções adequadas e encaminhamento dos pacientes quando necessário (Junior et al., 2024).

Procurou-se evidenciar estatisticamente a associação entre as características sociodemográficas da amostra e atuação profissional do enfermeiro (a) (idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, organização da equipe assistencial e jornada de trabalho) em relação à realização das ações de Matriciamento em Saúde Mental no território estudado. Neste sentido, não foi encontrada associação estatisticamente significativa em relação a idade ($p = 0.48$), gênero ($p = 0.49$), etnia ($p = 0.71$), estado civil ($p = 0.31$) e jornada de trabalho ($p = 0.60$) versus realização das ações de Matriciamento em Saúde Mental. No entanto, no que diz respeito às variáveis escolaridade e organização da equipe assistencial, foi possível encontrar associação estatisticamente significativa, com valores de p de 0.05 e 0.04, respectivamente.

No que tange à análise da associação entre a realização da capacitação do Matriciamento em Saúde Mental e as ações de Matriciamento em Saúde Mental realizadas no território estudado, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas em alguns aspectos e em outros não. Especificamente, a análise revelou que o nível de conhecimento dos profissionais sobre a temática de Saúde Mental não apresentou uma associação estatisticamente significativa com as ações de Matriciamento ($p = 0.57$), sugerindo que o simples conhecimento sobre o tema não é suficiente para influenciar as práticas no território de maneira mensurável.

A existência de reuniões para discutir o Matriciamento em Saúde Mental foi altamente significativa ($p = 0.0028$), indicando que a realização dessas reuniões está fortemente associada às ações de Matriciamento em Saúde Mental no território estudado. Além disso, a participação dos profissionais de enfermagem nessas reuniões também mostrou uma associação estatisticamente significativa ($p = 0.039$), destacando a importância do envolvimento ativo desses profissionais nas discussões e planejamento das ações.

Esses achados sugerem que a implementação eficaz do Matriciamento em Saúde Mental no território depende não apenas do conhecimento teórico sobre o tema, mas também da estrutura organizacional e da participação ativa dos profissionais de saúde nas reuniões e atividades colaborativas. Assim, iniciativas que promovam reuniões regulares e incentivem a participação dos enfermeiros podem ser essenciais para a melhoria das práticas de Matriciamento em Saúde Mental. A presente pesquisa corrobora com o estudo de Amaral e colaboradores (2018) em que 64.4% dos participantes afirmaram ter passado por capacitação e executarem as ações de Matriciamento. Outro estudo, de Lima e Dimenstein (2016), apresenta que 60% dos participantes passaram por capacitação do Matriciamento.

Profissionais capacitados conseguem abordar questões de saúde mental de maneira efetiva, reduzindo o estigma relacionado à temática. Além disso, a capacitação facilita o acesso ao tratamento adequado, uma vez que os profissionais da APS se tornam competentes para manejar casos de saúde mental e empoderar os profissionais de saúde, proporcionando-lhes as ferramentas e conhecimentos necessários para lidar com a complexidade dos casos (Iglesias et al., 2024). Como desafios dessa prática, é notável que para a implementação efetiva do Matriciamento e a capacitação adequada das equipes requerem investimentos em recursos humanos, infraestrutura e materiais educativos. Garantir que esses recursos estejam disponíveis é um desafio significativo.

A presente pesquisa apontou que 34.24% dos entrevistados afirmaram que nunca ocorrem reuniões do Matriciamento em seu ambiente de trabalho. Ademais, quando ocorrem as referidas reuniões, 34.24% afirmaram que participam ocasionalmente destas e 28.77% nunca estão presentes. O estudo de Braga e colaboradores (2020) afirma que os encontros do Matriciamento possibilitam diálogos abertos de relação, organização do atendimento e melhora no processo de trabalho dos profissionais. Diferentes opiniões são discutidas em uma mesma situação, a fim de obter a construção de uma compreensão da problemática e promover intervenções favoráveis às práticas de saúde.

Há municípios onde não é realizado o Matriciamento em Saúde Mental mesmo havendo CAPS, os quais seriam os responsáveis pelo apoio matricial, conforme dados da pesquisa de

Braga e colaboradores (2022), em que 34,3% dos serviços não realizam reuniões de Matriciamento ou quando feito, 29% dos enfermeiros não participam dos encontros, corroborando com os dados da pesquisa, em que 34.24% dos participantes relatam não haver os encontros de Matriciamento, e quando participam, apenas 34.24% ocasionalmente estão presentes.

No apoio matricial, as equipes de referência e de apoio matricial devem interagir e elaborar ações terapêuticas, e assim proporcionar novas possibilidades de intervenções, reunindo seus conhecimentos a respeito daquele usuário, discutindo seus hábitos, de sua família, da comunidade, da rede de apoio social e/ou pessoal (Sousa; Costa; Jorge, 2019). Tais ações devem incidir nos casos em que a equipe de referência percebe a necessidade de apoio da saúde mental para abordar e intervir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família (Chiaverini et al., 2011).

As reuniões distritais também fazem parte do campo do apoio matricial, pois envolvem as equipes de saúde mental e da APS em encontros que possibilitam a reflexão sobre o trabalho integrado no distrito de saúde. São momentos em que ocorrem supervisões de casos clínicos e reuniões de micro áreas, e que representam a tentativa máxima de ampliar o acesso do paciente aos recursos oferecidos em seu território.

Discute-se ainda o fato de que há os municípios que não têm serviços de apoio, nem são elegíveis para implantar um CAPS, por conseguinte não possuem nenhum tipo de Matriciamento (Longo, 2019). Há vários obstáculos para que ocorra o trabalho de articulação da rede de serviços, entre eles, a inexistência de uma rede de APS eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais e a falta de conhecimento sobre as estratégias da rede, resultando em uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção e a dificuldades de funcionamento das equipes (Kates, 2018).

Na situação específica do SUS no Brasil, as equipes da APS funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente (Chiaverini et al., 2011).

6.3 INSTRUMENTOS DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

No que se refere aos instrumentos utilizados para a realização do Matriciamento em Saúde Mental, 34.24% dos entrevistados afirmaram que ocasionalmente concretizam a aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), 28.78% executam a interconsulta de forma frequente, 32.87% realizam muito frequente a consulta conjunta. Ainda, 28.77% realizam Visita Domiciliar (VD) conjunta de forma frequente e 30.13% ocasionalmente. 53.42% realizam contato a distância via telefone ocasionalmente, 38.36% ocasionalmente executam o genograma e 32.88% ocasionalmente formulam o ecomapa.

Os dados referentes aos instrumentos de Matriciamento em Saúde Mental estão descritos abaixo (Tabela 4).

Tabela 4 – Instrumentos utilizados no processo de Matriciamento em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

	Variável	Classe	(continua) Amostra
			N = 73
Instrumentos utilizados no Matriciamento em Saúde Mental	Projeto Terapêutico Singular	Muito frequente	10 (13.70%)
		Frequente	14 (19.18%)
		Ocasionalmente	25 (34.24%)
		Raramente	7 (9.59%)
		Nunca	17 (23.29%)
	Interconsulta	Muito frequente	13 (17.80%)
		Frequente	21 (28.78%)
		Ocasionalmente	16 (21.92%)
		Raramente	10 (13.70%)
		Nunca	13 (17.80%)
	Consulta Conjunta	Muito frequente	24 (32.87%)
		Frequente	17 (23.29%)
		Ocasionalmente	14 (19.18%)
		Raramente	10 (13.70%)
		Nunca	8 (10.96%)
	Visita Domiciliar	Muito frequente	13 (17.81%)
		Frequente	21 (28.77%)
		Ocasionalmente	22 (30.13%)
		Raramente	9 (12.33%)
		Nunca	8 (10.96%)
	Contato à distância via telefone	Muito frequente	7 (9.60%)
		Frequente	15 (20.54%)
		Ocasionalmente	39 (53.42%)
		Raramente	4 (5.48%)
		Nunca	8 (10.96%)
	Genograma	Muito frequente	0 (0.0%)
		Frequente	15 (20.54%)
		Ocasionalmente	28 (38.36%)
		Raramente	12 (16.45%)
		Nunca	18 (24.65%)

Variável	Classe	Amostra
Ecomapa	Muito frequente	0 (0.0%)
	Frequente	14 (19.18%)
	Ocasionalmente	24 (32.88%)
	Raramente	16 (21.92%)
	Nunca	19 (26.02%)

Fonte: O autor, 2024

No que concerne à associação entre a realização de capacitação do Matriciamento em Saúde Mental e os instrumentos utilizados no processo, a análise revelou a ausência de significância estatística para alguns dos instrumentos avaliados. Especificamente, o PTS ($p = 0.29$), a interconsulta ($p = 0.21$), a consulta conjunta ($p = 0.49$) e a visita domiciliar VD ($p = 0.33$) não demonstraram associações estatisticamente significativas. Estes resultados indicam que a capacitação não influenciou de maneira mensurável o uso desses instrumentos específicos no contexto do Matriciamento em Saúde Mental.

Não obstante, outros instrumentos apresentaram relevância estatística significativa. O uso de meios de contato à distância, como o telefone, foi extremamente significativo ($p = 0.08$), sugerindo uma tendência de associação. Mais notavelmente, o uso de ferramentas como o genograma e o ecomapa demonstrou significância estatística clara, com valores ($p = 0.02$) e ($p = 0.01$), respectivamente. Esses achados indicam que a capacitação em Matriciamento em Saúde Mental está significativamente associada à utilização desses instrumentos, que são essenciais para a compreensão e intervenção nas dinâmicas familiares e comunitárias.

Em relação aos instrumentos utilizados, 34.24% dos entrevistados afirmaram que ocasionalmente utilizam o PTS como ferramenta de trabalho. O PTS trata-se de uma abordagem interdisciplinar no campo da saúde mental, destinada a oferecer cuidado integral e centrado nas necessidades específicas de cada paciente. É desenvolvido por uma equipe multiprofissional, com construção conjunta de estratégias terapêuticas entre os profissionais de saúde, o paciente e, frequentemente, sua família (Oliveira et al., 2021; De Freitas et al., 2024).

O estudo de Hori e Nascimento (2014) aponta que 40.21% dos profissionais da APS de um município do estado de São Paulo realizam o PTS no serviço de saúde. Ademais, o estudo de Libbon e colaboradores (2019) apresentou que 35.45% dos entrevistados em sua pesquisa realizam o PTS aos pacientes de saúde mental na APS, corroborando com os dados da presente pesquisa.

A importância do PTS na saúde mental compreende a capacidade de proporcionar o cuidado individual e humanizado, promovendo a autonomia e o empoderamento do paciente. Ao integrar diversas perspectivas profissionais e considerar o contexto de vida do indivíduo, o

PTS melhora a qualidade do atendimento e facilita a continuidade do cuidado, especialmente em casos de transtornos mentais graves e crônicos. No entanto, sua implementação requer recursos humanos adequados, capacitação contínua e boa articulação entre os serviços de saúde (Baptista et al., 2020).

Outro instrumento utilizado é a Interconsulta, caracterizada como prática colaborativa em que especialistas em saúde mental, como psiquiatras e psicólogos, fornecem suporte consultivo a outros profissionais de saúde que atendem pacientes da saúde mental. Esse processo é fundamental para integração da APS, promovendo abordagem holística e coordenada (Campos; Oliveira, 2024). Na presente pesquisa, 28.78% dos entrevistados relataram que realizam a Interconsulta de forma “frequente”, corroborando com os estudos de Campos, Bezerra e Jorge (2019), assim como Campos e Oliveira (2024), que apresentaram 38.00% e 22.70% da prática de Interconsulta, respectivamente.

A principal vantagem da Interconsulta na saúde mental é a capacitação e apoio contínuo aos profissionais de saúde não especializados da APS, que ocorre por meio de discussões de casos, supervisão e orientações específicas, em que os especialistas ajudam a aprimorar as habilidades desses profissionais para lidar com as questões de saúde mental, aumentando a qualidade do atendimento (Gonçalves; Saadallah; De Queiroz, 2015).

Ainda, como instrumento, têm-se a consulta conjunta, que é caracterizada como meio de reunir profissionais da APS e equipe especializada com discussão de casos por meio da troca de questionamentos, dúvidas, informações e apoio entre as partes. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico (De Mello Filho; Da Silveira, 2020).

Na pesquisa é possível identificar que a Consulta Conjunta é uma ação que ocorre com muita frequência (32.80%), corroborando com o estudo de Fagundes, Campos e Fortes (2021), em que 52.50% dos participantes realizam ações de consulta conjunta na APS e com estudo de Chazan (2018), em que 41.20% dos participantes trazem respostas positivas em relação à essa prática de ação nos casos de saúde mental. Com isso, os matriciadores ensinam e aprendem em conjunto com os matriciandos, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da APS relacionadas à saúde mental.

Outra ferramenta utilizada é a VD, que se trata de quando há pacientes muito graves e que se recusam a ir à unidade, uma visita realizada pela equipe da APS em conjunto com a equipe de referência pode se fazer necessária (Arce; Teixeira, 2017). Posteriormente discute-se sobre o plano terapêutico. Alguns desses casos mais graves irremediavelmente serão

encaminhados para o CAPS, mas a abordagem inicial normalmente é realizada pela ESF (Leonardi, 2018).

Na presente pesquisa, foi identificado que a VD é realizada de forma frequente por 28.77% e ocasionalmente 30.13% pelos entrevistados, o que corrobora com os estudos de Campos, Bezerra e Jorge (2019), em que é possível notar que 54% dos profissionais entrevistados realizam a VD conjunta com os matriciadores, bem como o estudo de Braga e colaboradores (2022), que ações de visitas são avaliadas em nível de indicadores de saúde mental, observando-se a existência do trabalho em rede, a presença de ações de educação permanente em saúde e o atendimento singularizado do usuário de saúde mental e sua família.

O recurso da VD faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial (Rocha, 2017). Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde (Da Silva, 2016). Uma das principais vantagens da VD é a capacidade de identificar e intervir em situações que podem passar despercebidas em um ambiente clínico tradicional. Ao observar o paciente em sua rotina diária, os profissionais de saúde podem detectar comportamentos, condições de vida e dinâmicas familiares que afetam o bem-estar mental do indivíduo. Além disso, a VD pode reduzir barreiras ao tratamento, como dificuldades de locomoção, falta de recursos financeiros e resistência ao comparecimento a unidades de saúde (Dimenstein et al., 2017).

Uma ferramenta inovadora e que foi muito utilizada em vários cenários de saúde no período da pandemia de COVID-19 foi a realização do contato à distância, utilizando tecnologias de comunicação, como o telefone, por exemplo. Dados da pesquisa demonstram que 53.42% dos entrevistados utilizam de forma ocasional esse tipo de instrumento de trabalho, corroborando com o estudo de Vasconcelos e Cerda (2021) que apresentou adesão de 60.79% da telemedicina dos profissionais fazem a utilização de meios tecnológicos para ações com os pacientes.

O contato a distância pela equipe de saúde tem se tornado uma prática cada vez mais comum e essencial. Com o avanço da tecnologia, profissionais de saúde podem oferecer suporte, diagnóstico e tratamento sem a necessidade de um encontro físico, ampliando o alcance dos serviços de saúde para além das barreiras geográficas. Estas ações podem ser realizadas através de vídeochamadas, mensagens de texto, e-mails e outros recursos de comunicação digital, em que médicos, enfermeiros e outros profissionais podem interagir com os pacientes,

oferecendo consultas, acompanhamento de tratamentos, prescrição de medicamentos e orientações sobre saúde e bem-estar (Gonçalves et al., 2024).

Ainda, como ferramenta, tem-se o genograma, que é um instrumento visual utilizado na área da saúde, especialmente na psicologia e na medicina familiar, para mapear e analisar as relações familiares e a história médica de uma pessoa ou de uma família. Ele se assemelha a uma árvore genealógica, incluindo informações sobre a dinâmica familiar, padrões de comportamento, eventos significativos e questões de saúde mental e física (Libbon et al., 2019).

Na presente pesquisa, 38.36% dos participantes relataram que realizam o genograma de forma ocasional, o que corrobora com os estudos de Ferro e colaboradores (2018) e Paz e Silva (2023), em que somente 36,41% e 31.02% utilizam desse instrumento em sua prática, respectivamente. A construção do genograma envolve a representação gráfica de diversos elementos, como membros da família, relações entre eles, eventos marcantes, doenças hereditárias, padrões de comportamento e influências culturais. Esses elementos são representados por símbolos específicos, como círculos para mulheres, quadrados para homens, linhas para indicar relacionamentos, entre outros (Santos et al., 2018).

A análise do genograma oferece insights valiosos sobre a história familiar e seus impactos na saúde e no bem-estar dos indivíduos, além de identificar padrões de comportamento, dinâmicas familiares disfuncionais, predisposições genéticas para certas doenças e influências ambientais, ajudando os profissionais de saúde a compreenderem melhor o contexto em que o paciente está inserido e a fornecerem atendimento mais eficaz (De Oliveira et al., 2021).

Por outro lado, o instrumento menos utilizado foi o Ecomapa (19.20%), sendo um instrumento que permite oferecer subsídios a respeito das relações do indivíduo com o mundo externo, demonstrando ainda o fluxo ou a falta de recursos e as privações das relações da família. Dados da pesquisa de Ferreira e Couto (2020) apontam que o Ecomapa é realizado somente por aproximadamente 30% dos profissionais da APS de um município na região Centro-Oeste do Brasil. Outro estudo, de Cattani e colaboradores (2020), mostra que 62.30% dos profissionais não possuem conhecimento sobre o termo Ecomapa e/ou não aplicam na sua prática na APS, diante das altas demandas de serviço do cotidiano, o que corrobora com os dados dessa pesquisa.

O Ecomapa representa de forma didática os relacionamentos entre indivíduo e membros da família com os outros sistemas: tanto no círculo familiar, quanto no meio externo que vivem, sendo possível compactar grande quantidade de informações obtidas na entrevista e/ou na

anamnese durante a consulta, a fim de facilitar e identificar as falhas e traçar planos de tratamento para os usuários em sofrimento mental na APS (Junior; Merhyel; Franco, 2022).

Assim, a análise sugere que, embora alguns instrumentos tradicionais não sejam significativamente impactados pela capacitação, aqueles que facilitam o entendimento das redes de apoio e das relações familiares mostram uma associação positiva. Portanto, a formação dos profissionais deve considerar a inclusão de treinamentos específicos para o uso eficaz desses instrumentos, potencializando a capacidade de intervenção e suporte no Matriciamento em Saúde Mental.

6.4 INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL UTILIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em relação às intervenções utilizadas em saúde mental na APS, nota-se pelas respostas dos entrevistados que ocasionalmente 30.13% realizam os grupos de saúde mental, ainda, 32.88% afirmam que o uso de psicofármacos é muito frequente, 53.42% utilizam a abordagem familiar de forma frequente, e 38.36% executam a discussão de casos entre a própria equipe de saúde da unidade, semelhante aos 41.09% que frequentemente realizam a discussão com os profissionais da rede de saúde do município. Ademais, 30.13% relataram que aplicam de forma frequente e 24.65% muito frequente o exame do estado mental, assim como 30.13% muito frequentemente e 31.50% frequentemente utilizam da estratificação de risco em saúde mental.

Os dados referentes às intervenções em saúde mental utilizadas na APS, estão apresentados abaixo (Tabela 5).

Tabela 5 – Intervenções em Saúde Mental da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

		(continua)	
	Variável	Classe	Amostra
Intervenções em Saúde Mental na APS	Grupos de Saúde Mental		N = 73
		Muito frequente	4 (5.49%)
		Frequente	17 (23.29%)
		Ocasionalmente	22 (30.13%)
		Raramente	17 (23.29%)
		Nunca	13 (17.80%)

			(conclusão)
Intervenções em Saúde Mental na APS	Variável	Classe	Amostra
	N = 73		
	Uso de Psicofármacos	Muito frequente	24 (32.88%)
		Frequente	21 (28.77%)
		Ocasionalmente	18 (24.65%)
		Raramente	10 (13.70%)
		Nunca	0 (0.0%)
	Abordagem familiar	Muito frequente	13 (17.81%)
		Frequente	39 (53.42%)
		Ocasionalmente	14 (19.18%)
		Raramente	5 (6.85%)
		Nunca	2 (2.74%)
	Discussão de casos entre equipe da unidade	Muito frequente	16 (21.92%)
		Frequente	28 (38.36%)
		Ocasionalmente	23 (31.50%)
		Raramente	4 (5.48%)
		Nunca	2 (2.74%)
	Discussão de casos com equipe da rede de saúde	Muito frequente	11 (15.07%)
		Frequente	30 (41.09%)
		Ocasionalmente	21 (28.77%)
		Raramente	10 (13.70%)
		Nunca	1 (1.37%)
	Exame do estado mental	Muito frequente	18 (24.65%)
		Frequente	22 (30.13%)
		Ocasionalmente	17 (23.30%)
		Raramente	8 (10.96%)
		Nunca	8 (10.96%)
	Estratificação de risco em saúde mental	Muito frequente	22 (30.13%)
		Frequente	23 (31.50%)
		Ocasionalmente	12 (16.44%)
		Raramente	5 (6.86%)
		Nunca	11 (15.07%)

Fonte: O autor

Ao conduzir as análises estatísticas, observou-se que no que se refere à realização da capacitação do Matriciamento em Saúde Mental e às intervenções relacionadas, nenhuma das variáveis analisadas apresentou significância estatística. Especificamente, os resultados das análises foram os seguintes: Grupos de Saúde Mental ($p = 0.14$), Uso de Psicofármacos ($p = 0.61$), Abordagem Familiar ($p = 0.17$), Discussão de casos entre a equipe da unidade ($p = 0.57$), Discussão de casos com a equipe da rede de saúde ($p = 0.26$), Exame do estado mental ($p = 0.47$) e Estratificação de risco em saúde mental ($p = 0.55$). Esses valores indicam que não há evidência estatística suficiente para afirmar que a capacitação impacta diretamente à execução dessas intervenções específicas no contexto do Matriciamento em Saúde Mental.

Essa falta de significância estatística pode sugerir várias interpretações. Primeiramente, é possível que a capacitação, conforme foi realizada, não seja suficientemente abrangente ou específica para afetar essas práticas de intervenção. Alternativamente, pode indicar que outros

fatores, além da capacitação, desempenham papéis mais cruciais na determinação da implementação dessas intervenções no cotidiano das unidades de saúde.

Em contrapartida, os grupos de saúde mental realizados na APS são pouco frequentes (23.30%), podendo ser justificado pelo período da pandemia de COVID-19 a nível mundial, em que os serviços de saúde acabaram suspendendo várias atividades presenciais, a fim de prevenir a contaminação do vírus. Por mais que atualmente os serviços estejam se reestruturando novamente, muitas atividades não foram possíveis de retorno.

É notável essa assimilação no estudo de Brunozi e colaboradores (2019), em que 33.00% dos entrevistados desvelou que os efeitos da pandemia no processo de trabalho dos profissionais desviaram o foco das ações de promoção em saúde em atividades grupais, fortemente desenvolvidas no período anterior à pandemia, para o atendimento individual, prioritário de urgência e emergência em saúde, com manutenção do distanciamento social e mantém-se nesse cenário atualmente.

Ainda, o estudo de Gama e colaboradores (2021) revela que somente 20.00% dos entrevistados realizam grupo de saúde mental na APS, devido às altas demandas de serviços que a unidade de saúde possui, bem como os atendimentos de saúde mental em grande parte serem concentrados na consulta médica e psicofármacos. O trabalho em grupos de saúde mental é um recurso essencial nas práticas de saúde desenvolvidas na APS. Quando ocorre manejo adequado, permite que a equipe realize a organização dos processos de trabalho, de cuidado e também proporciona a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a (Queiroz et al., 2022).

Geralmente os grupos realizados na APS são de educação em saúde, na proposta de promoção e prevenção em saúde, tão importante nesse nível assistencial e tão valorizada, mas, infelizmente, muitas vezes são concretizados em modelos clássicos de transmissão de informações, como as palestras sobre patologias. Esse modelo apresenta dificuldades relativas à adesão dos pacientes, não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde. Tradicionalmente os grupos da APS abarcam os grupos de doenças crônicas (hipertensão e diabetes); de gestantes; de adolescentes; de convivência; de atividade física; de planejamento familiar; de saúde mental.

Outra intervenção notável é o uso de psicofármacos na APS, que tem se tornado cada vez mais presente, à medida que os transtornos mentais são reconhecidos como problemas de saúde pública significativos. Nesse cenário, os profissionais de saúde, como médicos de família e enfermeiros, são frequentemente os primeiros a identificar sintomas de transtornos mentais em pacientes. Por essa razão, é crucial que esses profissionais estejam bem informados sobre o

uso adequado de psicofármacos, que incluem antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Na pesquisa é possível identificar que 32.88% dos participantes afirmam que o uso de psicofármacos é muito frequente na APS, dados que corroboram com as pesquisas de Murcho, Pacheco e De Jesus (2016) e Secco e Tesser (2023). O alto uso de psicofármacos na APS é um fenômeno crescente que reflete tanto o aumento na demanda por tratamentos de saúde mental, quanto a dependência de soluções farmacológicas para lidar com esses problemas. A APS, sendo porta de entrada para o sistema de saúde, frequentemente atende a uma população diversificada que inclui indivíduos com transtornos mentais leves a moderados.

O uso excessivo de psicofármacos na APS também levanta questões importantes. A dependência excessiva de medicamentos pode resultar em tratamentos inadequados, especialmente quando não há acompanhamento adequado e consultas contínuas dos pacientes. Muitas vezes, a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos nas UBS limitam a capacidade dos profissionais de saúde de oferecer cuidados integrais e individualizados, proporcionando uma prescrição rápida de medicamentos como solução imediata (Wenceslau; Ortega, 2015).

Para mitigar o alto uso de psicofármacos nas UBS, é essencial implementar estratégias que promovam um cuidado mais equilibrado e holístico. Isso inclui a capacitação contínua de profissionais de saúde para avaliar de forma mais precisa os transtornos mentais e considerar alternativas não farmacológicas. Além disso, a integração de equipes multiprofissionais, que envolve psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, pode oferecer suporte adicional e desenvolver planos de tratamento mais completos (Whitaker, 2017).

Na abordagem familiar no meio psicossocial, o foco que em vez de estar na doença, deveria estar nas interações entre pessoas, portanto é necessário incluir a comunidade e a família. Neste cenário, as teorias relacionadas à abordagem familiar tiveram seu auge nos anos 50 e 60 do século XX, visto que os movimentos de Reforma Psiquiátrica culminaram com a saída dos pacientes dos hospitais e permitiram a volta aos núcleos familiares (Pamplona et al., 2022).

Na pesquisa, é possível observar que 53.40% dos entrevistados utilizam a abordagem familiar como meio de intervenção nos cuidados em saúde mental na APS de forma frequente, corroborando com o estudo de Régio e colaboradores (2023) em que 60% dos profissionais trazem que a abordagem familiar configurou-se como uma estratégia adequada para condução dos casos de saúde mental, bem como o estudo de Candido e colaboradores (2020), em que

52,9% dos familiares relatam que o suporte fornecido pelos serviços de saúde, possibilitam melhor entendimento e manejo dos cuidados em saúde mental com os usuários no domicílio.

As ferramentas de abordagem familiar possibilitam para equipe e a própria família a construção de conhecimento mais abrangente acerca da família em si. É com base nas etapas de trabalho com famílias que as equipes escolhem a abordagem e as ferramentas adequadas, definem o atendimento e, sobretudo, conseguem antecipar problemas, conduzir campanhas educativas nas comunidades e famílias ou sugerir mudanças em hábitos que fatalmente desencadeariam ou agravariam doenças.

A discussão de casos na APS é uma prática essencial para a melhoria contínua da qualidade do atendimento e para o desenvolvimento profissional das equipes de saúde. Na pesquisa foi possível identificar que 38.36% executam a discussão de casos entre a própria equipe de saúde da unidade, semelhante aos 41.09% que frequentemente realizam a discussão com os profissionais da rede de saúde do município. Essa prática envolve análise detalhada de casos clínicos reais pelos profissionais da APS, permitindo a troca de experiências, conhecimentos e diferentes perspectivas. As discussões de casos são realizadas regularmente e são uma oportunidade valiosa para a educação permanente, capacitando os profissionais para enfrentar os desafios clínicos de maneira mais eficaz (De Almeida, 2023).

O estudo de Jesus e colaboradores (2018) traz dados de municípios do Pernambuco semelhantes ao da presente pesquisa, em que 43.40% dos profissionais realizam a discussão de casos. Bem como o estudo de Lisboa e colaboradores (2023), com 39.23% dos profissionais que realizam a discussão de casos. Uma das principais vantagens da discussão de casos na APS é a promoção de uma abordagem interdisciplinar no cuidado ao paciente. Ao envolver médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, essas ações permitem que cada caso seja avaliado sob múltiplos ângulos. Essa diversidade de perspectivas é fundamental para a elaboração de planos de cuidado mais completos e integrados, que considerem não apenas os aspectos biológicos da saúde, mas também os fatores psicossociais e culturais que influenciam o bem-estar do paciente (Ferreira; Brandão, 2019).

O exame do estado mental é uma avaliação clínica essencial utilizada por profissionais de saúde para determinar o funcionamento psicológico e cognitivo de um paciente. Na presente pesquisa, 30.13% relataram que aplicam de forma frequente e 24.65% muito frequente o exame do estado mental, dados semelhantes ao estudo de Gomes e colaboradores (2023) que evidenciaram que 33% dos profissionais utilizam desse recurso.

Este exame é uma ferramenta vital no diagnóstico de diversos transtornos mentais, fornecendo visão detalhada sobre o estado emocional, comportamental e intelectual do

indivíduo. Geralmente, o exame é conduzido através de uma série de perguntas e observações diretas, permitindo ao profissional avaliar aspectos como a aparência, o comportamento, o humor, o pensamento, a percepção, a cognição e a capacidade de responder as perguntas (Baião; Marcolan, 2020).

Um componente crucial do exame do estado mental é a avaliação da aparência e do comportamento do paciente. O profissional observa como o paciente se apresenta, incluindo a higiene, a vestimenta e a postura, o comportamento, incluindo o nível de atividade motora e a interação com o examinador, também é cuidadosamente notado. Esses fatores podem fornecer pistas importantes sobre possíveis transtornos, como a depressão, que pode se manifestar através de uma aparência desleixada e uma postura retraída, ou uma mania, que pode se refletir em uma aparência extravagante (André, 2020).

A estratificação de risco em saúde mental é um processo fundamental para identificar, avaliar e gerenciar o nível de risco dos pacientes que podem desenvolver, ou que já possuem, transtornos mentais. Essa abordagem permite que os profissionais de saúde priorizem e direcionem recursos adequados para os indivíduos que mais precisam de cuidados imediatos, garantindo um cuidado maior. A estratificação de risco é especialmente importante em contextos de APS e serviços comunitários de saúde mental (Dias; Ferigato; Fernandes, 2020).

Na presente pesquisa é possível identificar que dos profissionais entrevistados, 30.13% muito frequentemente e 31.50% frequentemente utilizam da estratificação de risco em saúde mental no seu cotidiano, corroborando com o estudo de Moura e colaboradores (2021) com a presença de 29.10% de realização da estratificação pelos profissionais e o estudo de Corrêa e colaboradores (2023) com 33.40%.

O processo de estratificação de risco em saúde mental envolve a utilização de diversas ferramentas e critérios para avaliar o risco dos pacientes. Esses critérios podem incluir fatores demográficos (como idade e gênero), históricos clínicos (incluindo diagnósticos de transtornos mentais e comorbidades), e fatores psicossociais (como histórico de abuso, suporte social, e condições de vida). Além disso, a avaliação dos sintomas atuais, como gravidade e frequência de depressão, ansiedade ou sintomas psicóticos, é crucial para determinar o nível de risco (Paiano et al., 2021).

Uma vez que os pacientes são estratificados em diferentes níveis de risco (baixo, moderado, alto), estratégias de intervenção específicas podem ser tomadas. Pacientes classificados como de alto risco podem necessitar de intervenções imediatas e intensivas, como encaminhamento para serviços especializados, terapias mais frequentes e monitoramento contínuo. Já pacientes de risco moderado podem se beneficiar de abordagens como psicoterapia

individual ou em grupo, monitoramento regular e suporte psicossocial. Para aqueles de baixo risco, intervenções preventivas e programas de promoção de saúde mental podem ser mais adequados, que são os pacientes permanentes da APS (Barbosa et al., 2017).

6.5 DESAFIOS DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Em relação aos desafios encontrados pelos enfermeiros para a realização das práticas de Matriciamento em Saúde Mental na APS, é possível identificar que muito frequentemente (34.24%) e frequentemente (32.88%) os profissionais relatam que o paciente prefere o especialista em saúde mental, similar à família preferir também 38.36% muito frequente e 27.40% frequente. Ainda, quando questionados se existe preconceito dos profissionais da unidade de saúde, 60.27% relataram que isso raramente acontece e 43.83% raramente pelos profissionais da rede de saúde do município. Diante da dificuldade de adesão ao tratamento proposto, 38.37% relataram que muito frequentemente o paciente não adere ao tratamento e 42.47% afirmam que ocasionalmente a família participa no apoio ao tratamento. Os dados referentes aos desafios do Matriciamento em Saúde Mental estão descritos abaixo (Tabela 6).

Tabela 6 – Desafios do Matriciamento em Saúde Mental na da APS da 3ª Regional de Saúde do Paraná. Brasil, 2024.

Variável		Classe	Amostra
			N = 73
Desafios do Matriciamento em Saúde Mental	Paciente prefere especialista em saúde mental	Muito frequente	25 (34.24%)
		Frequente	24 (32.88%)
		Ocasionalmente	18 (24.66%)
		Raramente	4 (5.48%)
		Nunca	2 (2.74%)
	Família prefere especialista em saúde mental	Muito frequente	28 (38.36%)
		Frequente	20 (27.40%)
		Ocasionalmente	15 (20.54%)
		Raramente	8 (10.96%)
		Nunca	2 (2.74%)
	Dificuldade na adesão ao tratamento	Muito frequente	28 (38.37%)
		Frequente	18 (24.65%)
		Ocasionalmente	18 (24.65%)
		Raramente	9 (12.33%)
		Nunca	0 (0.0%)
	Família demonstra apoio no tratamento	Muito frequente	8 (10.96%)
		Frequente	19 (26.02%)
		Ocasionalmente	31 (42.47%)
		Raramente	13 (17.80%)
		Nunca	2 (2.75%)

Fonte: O autor

Os dados da presente pesquisa demonstram que o usuário prefere o especialista do que os profissionais da unidade de saúde de forma muito frequente (34,4%), bem como a família prefere o especialista do que os profissionais da unidade de saúde (38,3%), corroborando com o estudo realizado por Nunes e colaboradores (2020) na APS, mostrando que os usuários de saúde mental e seus tutores/familiares sugerem que “seria mais proveitoso” se o especialista atendesse todos os casos (45.30%), evidenciando a descaracterização da proposta de responsabilização compartilhada e cuidado integral à saúde mental sugerida pelo apoio matricial.

Pamplona e colaboradores (2022) realizaram um estudo com 164 profissionais da APS em um município da região sudeste do Brasil e verificaram que 47.80% dos entrevistados relataram que os pacientes de saúde mental não aderem ao tratamento fornecido pela APS, e preferem seguir acompanhamento com especialista.

É notável que os profissionais da APS restringem as ações de Matriciamento à transferência de cuidado ao especialista, atrelando as sensações de medo e despreparo ao deparar-se com o usuário que apresenta sofrimento psíquico. O profissional que compreende o apoio matricial como um atendimento especializado que funciona sob a lógica dos encaminhamentos, apresenta uma ação fragmentada, em que as intervenções individuais se sobrepõem ao diálogo entre vários saberes (Braga et al., 2022).

Iglesias e Avellar (2019) também evidenciam em um estudo que os profissionais que creditam o bom apoio matricial à absorção do caso pelo especialista, atribuem as dificuldades de efetivação do Matriciamento à “ineficiência” da equipe de saúde mental que não assume os casos de forma exclusiva, e ao excesso de demanda de pacientes que sobrecarrega a atenção básica. As mesmas autoras, em pesquisa realizada com enfermeiros de UBS, corroboram os estudos anteriores ao mostrar que, 41.00% dos profissionais da ESF esperam que o Matriciamento proporcione a resolução rápida dos “problemas” através do encaminhamento ao especialista

Outro ponto destacado na pesquisa é a dificuldade de adesão ao tratamento dos usuários de saúde mental identificadas pelos entrevistados, em que 38.40% relatam ser muito frequente essa questão. Miliauskas e colaboradores (2022), em um estudo com profissionais atuantes na APS, evidencia que 32.30% dos usuários não aderem ao tratamento oferecido, tendo em vista uma sequência de fatos: dificuldades na adaptação à medicação, bem como seu uso contínuo; falta do suporte familiar no processo de cuidado; falta de frequentar o serviço de saúde do território; abandono do tratamento por conta própria.

Por conseguinte, o papel do enfermeiro no Matriciamento corresponde em atender as demandas da sua unidade, dos usuários com transtorno mental, elaborando nos encontros alternativas e propostas de atendimento juntamente a equipe multiprofissional, com forte engajamento nas ações de cuidado e adesão ao tratamento dos próprios usuários de saúde mental. Dessa forma, entende-se que esse profissional deve assumir seu papel na gestão do cuidado e assistência em saúde mental, a qual deve ser baseada na integralidade, responsabilidade territorial e bem-estar dos usuários e suas famílias.

Observa-se a necessidade de que ações de educação permanente sejam cada vez mais implementadas no contexto dos profissionais de saúde, uma vez que os torna capacitados, habilitados e seguros para atender os casos de saúde mental que se deparam nas unidades. Por conseguinte, essa atividade educativa em saúde deve ser pensada a partir da formação e vivência dos profissionais envolvidos.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do presente estudo, destaca-se a restrição a uma amostra reduzida, o que impede a generalização dos resultados. Além disso, é importante considerar a complexidade e a subjetividade inerentes aos temas de saúde mental, que podem influenciar as percepções e experiências dos participantes. Devido à relevância da temática para gestores e usuários do SUS, recomenda-se a realização de estudos futuros que englobem diferentes públicos, como gestores, usuários e familiares dos serviços de saúde, para uma compreensão mais abrangente e detalhada dos fenômenos estudados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou os processos de trabalho em saúde mental na APS no contexto do Matriciamento em Saúde Mental realizado por enfermeiros. Esses profissionais desempenham um papel crucial na promoção e prevenção da saúde mental, porém, as reuniões e intervenções de Matriciamento são pouco frequentes em sua prática cotidiana. Essa limitação dificulta a implementação de ações interdisciplinares em saúde mental. No entanto, por meio do fortalecimento das redes de apoio, de uma gestão comprometida e da educação permanente, tais desafios podem ser superados.

Considerando o Matriciamento como uma estratégia fundamental de educação permanente em saúde, é imperativo fortalecer o apoio matricial nos serviços de saúde. As dificuldades encontradas pelos profissionais podem ser mitigadas com o fortalecimento das redes de apoio, incentivo à busca de conhecimento e a educação permanente, este último sendo essencial para o desenvolvimento eficaz das ações de saúde mental por meio do Matriciamento. Os resultados indicam a necessidade de reavaliar as estratégias de capacitação e possivelmente ampliar o foco das formações para incluir aspectos que possam influenciar diretamente a prática das intervenções analisadas. Futuras investigações poderiam explorar outros fatores contextuais ou organizacionais que influenciam a eficácia da capacitação em relação às intervenções em saúde mental.

Diante das análises e em concordância com a literatura, torna-se necessário fortalecer o Matriciamento, garantindo acompanhamento, capacitação profissional e uma gestão envolvida com o cuidado em saúde mental. Isso inclui o apoio das equipes especializadas, a criação de vínculos e o fortalecimento dos cuidados aos usuários. Para que ocorra a corresponsabilização da gestão com o fortalecimento do trabalho em redes, é crucial que todos os profissionais estejam capacitados. As equipes devem estar qualificadas para acolher usuários com transtornos mentais, realizando um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Somente dessa forma será possível melhorar a qualidade do cuidado em saúde mental.

É notável a necessidade de uma abordagem mais integrada e humanizada na atenção à saúde mental, especialmente no contexto da APS. A promoção de ações de educação permanente torna-se fundamental para capacitar os profissionais e assegurar uma assistência qualificada e eficaz. É imperativo que as políticas públicas avancem no sentido de fortalecer o Matriciamento em Saúde Mental, integrando equipes multiprofissionais e fomentando a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Dessa forma, será possível garantir atenção integral aos usuários, promovendo autonomia e exercício pleno de seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectives on the mental health concept: analysis of Brazilian scientific productions. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 351-361, 2022.
- AMARAL, C. E. M. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: Efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**. v.22, n. 66, p. 801-812, 2018.
- AMARANTE, P., NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ANDRÉ, S. M. F. **Implementação da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários**. Orientador: Jorge Almeida. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Associação) - Instituto Politécnico de Portalegre, Universidade de Évora, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33529/1/BCTFC109.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp. 3, p. 228-240, 2017.
- BAGGIO, E. et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Foco**, v. 16, n. 9, p. 1-25, 2023.
- BAIÃO, J. J.; MARCOLAN, J. F. Política de saúde mental, formação em enfermagem e dificuldades na prática assistencial. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-19, 2020.
- BAPTISTA, J. Á. et al. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-10, 2020.
- BARBOSA, B. V. F. et al. O papel da atenção primária de saúde na construção das redes de cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017.
- BASTIAS, F.; GIMÉNEZ, I.; FABARO, P.; ARIZA, J.; CAÑO-NAPPA, M. J. Social representations of nurses: differences between incoming and outgoing Nursing students. **Investigación y educación en enfermeira**. v. 38, n. 1, p. 1-11, 2020.
- BEIGUELMAN, B. **Curso de Bioestatística Básica**. 4 ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1996.
- BIANCONI, A. L. M. et al. Relações interpessoais de equipes multiprofissionais na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, p. 1-7 2020.

BRAGA, F. S. et al. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. esp., 2020.

BRAGA, G. C. et al. Integration between educational institutions and services in the mental health support matrix: perception of professions involved in matrix support. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2022.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 27 jun. 2010. p. 22. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/4_CNSM.pdf. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRESLOW, N. Um teste generalizado de Kruskal-Wallis para comparar amostras K sujeitas a padrões desiguais de censura. **Biometrika**, v. 57, n. 3, p. 579-594, 1970.

BRUNOZI, N. A. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-9, 2019.

CALAZANS, M. S. C. et al. Segurança do paciente entre estudantes de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, p. 1-7, 2020.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CAMPOS, V. S.; OLIVEIRA, S. S. Estratégias de Desospitalização Psiquiátrica e o Trabalho Interdisciplinar entre a Psicologia e Serviço Social. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, v. 3, p. 1-5, 2024.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2019.

CANDIDO, B. P. et al. The race/color question in the care process in a psychosocial care center for children and adolescents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2020.

CARDOSO, L. C. B. et al. Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. sup. 3, p. 1-9, 2021.

CATTANI, A. N. et al. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, p. 1-19, 2020.

CHAZAN, L. F. **Conquistas e dificuldades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro**: a construção do cuidado colaborativo em Saúde Mental na Atenção Primária. Orientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Centro Biomédico, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/8514>. Acesso em: 29 jul. 2024.

CHAZAN, C. P. S.; DA COSTA, J. S. D. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 98-109, 2021.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de estudo e Pesquisa em saúde coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 jul. 2024.

CHIVIAKOWSKY, S. Frequência absoluta e relativa do conhecimento de resultados na aprendizagem de uma habilidade motora em crianças. **Kinesis**, n. 14, p. 39-56, 1994.

COELHO, L. A. M.; NUNES, C. J. R.; FEITOSA, C. A. Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica: um relato de experiência à luz do Arco de Maguerez. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 4, n. 18, p. 1145-153, 2023.

COHEN M. C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 25, p. 1-15, 2021.

COHEN, M. C. **Escutando o matriciamento**: caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS? Orientador: Pablo de Carvalho Godoy Castanho. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-14112018-111216/publico/cohen_me.pdf. Acesso em: 29 jul. 2024.

CONSEGLIERI, A.; VILLASANTE, O. Terapias de choque na Espanha (1939–1952) após a Guerra Civil: Asilo Mental Nacional Santa Isabel em Leganés. **História da Psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 402-418, 2021.

CORRÊA, R. et al. Estratificação de risco em saúde mental para o processo de triagem em uma clínica escola. **Análisis y Modificación de Conducta**, v. 49, n. 179, p. 53-59, 2023.

DA SILVA, I. S. et al. Visita domiciliar: estratégia para a promoção da saúde de pacientes crônicos. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 88-99, 2016.

DA SILVA FILHO, J. A.; BEZERRA, A. M. Acolhimento em Saúde Mental na atenção primária a saúde: Revisão Integrativa. **Revista de psicologia**, v. 12, n. 40, p. 613-627, 2018.

DE ALMEIDA, L. S. **Superando o estigma e o preconceito na abordagem da profilaxia de pré-exposição (PrEP) na atenção primária em saúde (APS):** uma proposta de oficina de prevenção combinada. Orientador: Daniel Canavese de Oliveira. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/266419/001177907.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 jul. 2024.

DE FREITAS, C. D. et al. Utilização do projeto terapêutico singular com pessoas em uso e abuso de substâncias: um relato de experiência. **Revista Científica Integrada**, v. 7, n. 1, p. 1-5, 2024.

DE MELLO FILHO, K.; DA SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 147-151, 2020.

DE OLIVEIRA, P. S. et al. Apoio matricial em saúde mental infanto juvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção sócio clínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p.1-8, 2021.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 1, p. 72-87, 2017.

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017.

ESLABÃO, A. D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, p. 1-23, 2019.

ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1.2, 2020.

FACCHINETTI, C. On the artistic production of the alienated: history of theories and practices of Brazilian alienism, 1852-1902. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 29, n. sup. 1, p. 27-46, 2023.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matrix Support in Mental Health: analysis of care provided to people in psychic distress in Primary Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311-2322, 2021.

FERREIRA, J.; BRANDÃO, E. R. Desafios da formação antropológica de profissionais de saúde: uma experiência de ensino na pós-graduação em Saúde Coletiva. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-13, 2019.

FERREIRA, J. S.; LADEIA, L. E. G. As implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde. **Revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 681-695, 2018.

FERREIRA, L. F. G.; COUTO, C. R. O. A família do paciente com transtorno mental grave. **Revista de APS**, v. 23, n. 3, p. 717-728, 2020.

FERREIRA, R. A. A. et al. Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. **Interações**, v. 23, n. 2, p. 489-503, 2022.

FERRO, L. F. et al. Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 24, n. 1, p. 66-74, 2018.

FROTA, M. A. et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2019.

GAMA, C. A. P. et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-16, 2021.

GODOI, L. P. S. **Apoio matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Básica e CAPS**. Orientador: Oswaldo Yoshimi Tanaka. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-24092020-121915/publico/GodoiLPS_MTR_O.pdf. Acesso em: 29 jul. 2024.

GOMES, E. R. S. et al. Avaliação dos componentes do exame mental na consulta de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Journal of Nursing and Health**, v. 13, n. 3, p. 1-10, 2023.

GONÇALVES, B. D.; SAADALLAH, M. M.; DE QUEIROZ, I. S. Articulando redes, fortalecendo comunidades: intervenção psicossocial e articulação entre universidade, comunidades e políticas públicas. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, v. 10, n. 1, p. 88-100, 2015.

GONÇALVES, R. F et al. A telemedicina pode ser tão confiável quanto a medicina convencional quando usada no sistema único de saúde-SUS. **BioSCIENCE**, v. 82, n. e., p. 1-14, 2024.

GULJOR, A. P. F. et al. Ser, estar e habitar a desinstitucionalização da saúde mental brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 4, 2022.

GUSMÃO, R. O. M. et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2022.

HONORATO, G.L.T. Avante Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 27-38, 2022.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 24, n.4, p. 1247-1254, 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.; NETO, P. M. R. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. **Espaço para a Saúde**, v. 22, n. e805, p. 1-12, 2021.

IGLESIAS, A. et al. Matriciamento em saúde mental: Concepções, mudanças e dificuldades de profissionais da atenção básica. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 10, n. 1, p. 191-208, 2024.

JESUS, R. P. F. S. et al. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface**, v. 22, n. 65, p. 423-434, 2018.

JUNIOR, H. S. S.; MERHYEL, E. E.; FRANCO, T. B. Exercitando o mapa das redes de conexões existenciais: uma leitura micropolítica da ferramenta ecomapa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. sup. 1, p. 321-337, 2022.

JUNIOR, R. F. S. et al. Práticas de matriciamento em saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, p. 7-7, 2024.

KANTORSKI, L. P. et al. Brazilian mental health policy: an analysis based on Franco Basaglia thought. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 2, p. 1-19, 2021.

KATES, N. Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. **Can J Commun Ment Health**, v. 36, n. 4, p. 33-67, 2018.

KEMPER, M. L. C. Desinstitucionalização e saúde mental de privados de liberdade com transtornos mentais: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4569-4577, 2022.

LAGE, R. D. F. et al. O avanço na assistência à pessoa com transtorno mental após a Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. sup. 1, p. 1-4, 2021.

LEITE, S. N. et al. Ciência, tecnologia e assistência farmacêutica em pauta: contribuições da sociedade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259-4268, 2018.

LEONARDI, F. G. Visitas domiciliares: Desafio à atenção básica e saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 26, p. 1-18, 2018.

LIBBON, R. et al. Family Skills for the Resident Toolbox: the 10-min Genogram, Ecomap, and Prescribing Homework. **Academic Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 435-439, 2019.

LIMA, A. F. et al. Egressos de enfermagem: potencialidades no processo de formação profissional para inserção no mercado de trabalho. **Indagatio Didactica**, v. 9, n. 4, p. 65-80, 2017.

LIMA, L. ATITUDES: MEDIDA, ESTRUTURA E FUNÇÕES. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. 10.ed. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. p. 201-244.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial em saúde mental: Uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016.

LISBÔA, J. S. et al. Construção e discussão de casos clínicos como estratégia de ensino e suas repercussões na atuação de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 8, p. 1-7, 2023.

LONGO, M. S. C. **Diretriz Técnica 01/2019**. Rio de Janeiro: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1999874/20-Matriciamiento+da+Rede.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

MACEDO, R. M. Resistência e resignação: narrativas de gênero na escolha por Enfermagem e Pedagogia. **Cadernos de Pesquisa**. v. 49, n. 172, p. 54-76, 2019.

MARTINS, M. E. R.; ASSIS, F. B.; BOLSONI, C. C. Concepts of construction of autonomy under the psychosocial paradigm in the field of care for psychoactive substances users. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2241-2253, 2022.

MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. 30 anos após a intervenção no Anchieta, por onde andam os beneficiários do Programa de Volta Para Casa de Santos? **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 3, p. 1-11, 2023.

MAURO, M. F. F. et al. One hundred thirty years of Dom Pedro II's death: "The emperor of the tropics" and the beginning of Brazilian Psychiatry. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 4, p. 325-329, 2021.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, n. e1, p. 38-51, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1-13, 2019.

MEHTA, C. R.; PATEL, N. R. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. **JASA**, v.78, n.382, p.427-434, 1983.

MILIAUSKAS, C. R. et al. Telematriciamiento em saúde mental na pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 1-10, 2022.

MILITÃO, L. D. F. et al. Users of psychoactive substances: challenges to nursing care in the Family Health Strategy. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; DE LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MORAIS, L. G. A. et al. Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde / Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, n. 3, p. 10475-10489, 2021.

MOURA, L. A. et al. SAÚDE EM CORES: ESTRATÉGIA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 82-82, 2021.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; DE JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, 30-36, 2016.

NACAMURA, P. A. B. et al. Avaliação da dinâmica organizacional em Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. sup. 3, p. 1-8, 2021.

NUNES, V. V. et al., FEITOSA LGGC, FERNANDES MA, ALMEIDA CAPL, RAMOS CV. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. sup. 1, p. 1-7, 2020.

OLIVEIRA, C. A. et al. Projeto terapêutico singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 71-83, 2017.

PAIANO, M. et al. Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 68-79, 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, L. E. M. et al. Desinstitucionalização de saberes e práticas: da reforma psiquiátrica aos serviços em saúde mental. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 6, n. 12, p. 177-192, 2022.

PALADINO, L.; AMARANTE, P. D. C. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 7-16, 2021.

PAMPLONA, R. F. P. et al. Matriciamento em saúde mental como método potencializador da avaliação do desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 16, p. 261-272, 2022.

PARKS, J. Commentary on Smith and Sisti: “Rapprochement and Reform: Overcoming Factionalism in Policy Making for Serious Mental Illness”. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 5, p. 572-573, 2022.

PAZ, B. L.; SILVA, A. M. M. Tecendo o cuidado: a atividade de técnico de referência em serviços de saúde mental. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, p. 109-115, 2023.

PERES C. R. F. B. et al. Integração ensino-serviço na formação do enfermeiro no Estado de São Paulo (Brasil). **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-8, 2018.

PINHEIRO, A.; AMARAL, C. E. M; NEPOMUCENO, L. B. Matriciamento em saúde mental na Residência Integrada em Saúde de Fortaleza-Ceará. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 44, p. 36–57, 2023.

PRADO, G.A.S. Paradigma Manicomial e Proibicionismo como Operadores da Guerra de Raças no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-17, 2023.

QUEIROZ, R. T. et al. A autonomia da oficina terapêutica como potencializador no grupo de saúde mental: relato de experiência. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida| Vol**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2022.

REBOLI, K.G., KRÜGER, T. R. Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In: **Congresso Catarinense de Assistentes Sociais**, Florianópolis. 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%BAde-Mental-as-Confer%C3%A7%C3%A3o-nacionais-de-sa%C3%BAde-mental.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

RÉGIO, L. et al. El cuidado de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental en la interseccionalidad entre género y raza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p.1-11, 2023.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

ROMANO, B. et al. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. 1-12, 2023.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. 1-19, 2020.

SANTOS, E. O. et al. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018.

SANTOS, A. M.; CUNHA, A. L. A., CERQUEIRA, P. O Matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 1-20, 2020.

SANTOS, T. S. D. et al. Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2020.

SARZANA, M. B. G. et al. Fortalecendo a articulação da rede de atenção psicossocial municipal sob a perspectiva interdisciplinar. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. 1-11, 2021.

SECCO, A. C.; TESSER, C. D. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 941-956, 2023.

SERRA, P. J. **Matriciamento em saúde mental**: a concepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sobre o processo de integração entre saúde mental e atenção primária. Orientador: Marcelo Grossi Araújo. 2018. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33320/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20PAULA%20JANUZZI%20SERRA.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. Governo do Estado do Paraná. **3ª Regional de Saúde – Ponta Grossa**. 2023. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/3a-Regional-de-Saude-Ponta-Grossa>. Acesso em: 29 jul. 2024.

SILVA, M. M. et al. O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: o relato de uma experiência em meio à pandemia de COVID-19. **Saúde em Redes**, v. 7, n. sup. 1, p. 155-164, 2021.

SMITH, W. R.; SISTI, D. A. Rapprochement and reform: overcoming factionalism in policy making for serious mental illness. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 5, p. 539-546, 2022.

SOUSA, S. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 151-164, 2019.

SOUSA, A. P. B.; DE SANTANA SIQUEIRA, A. O.; ALVES DA SILVA, R., et al. Representações sociais sobre a escolha da enfermagem na perspectiva de estudantes do sexo masculino. **Rev. cuba. Enferm**, 2021.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, 2018.

TREICHEL, C. A. D. S.; CAMPOS, R. T. O; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-18, 2019.

VASCONCELOS, E. M.; CERDA, M. W. Desafios e recomendações para a realização de atividades de ajuda mútua on-line no campo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Novos horizontes em saúde mental**: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários (as) e familiares. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 292-309.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e debates brasileiros. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

A.1 INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA APS

1. Qual a sua idade? _____

2. Qual é seu gênero?

- ☐ Homem cisgênero
- ☐ Homem transgênero
- ☐ Mulher cisgênero
- ☐ Mulher transgênero
- ☐ Não Binário

3. Qual a sua cor/raça?

- ☐ Branco
- ☐ Preto
- ☐ Pardo
- ☐ Indígena
- ☐ Amarelo

4. Qual seu grau de instrução?

- ☐ Não alfabetizado (a)
- ☐ Ensino Fundamental incompleto
- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Médio completo
- ☐ Ensino Superior incompleto
- ☐ Ensino Superior completo
- ☐ Pós-graduação _____

5. Qual seu estado civil?

- ☐ Solteiro (a)
- ☐ Casado (a)
- ☐ Viúvo (a)
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ Separado (a)
- ☐ União estável

6. Qual sua renda mensal?

- ☐ Menos de 1 salário mínimo
- ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos
- ☐ Entre 3 e 5 salários mínimos
- ☐ Mais de 5 salários mínimos

A.2 INFORMAÇÃO SOBRE O TERRITÓRIO DE SAÚDE

7. Qual município você trabalha? _____

8. Qual unidade de saúde você trabalha? _____

9. Seu local de trabalho é:

- ☐ UBS
- ☐ ESF
- ☐ Não soube responder

10. Há quanto tempo atua nessa unidade de saúde? _____

11. Qual é seu vínculo empregatício?

-
- ☐ Concursado (a)
 - ☐ PSS
 - ☐ Terceirizado
 - ☐ Cargo de Comissão

12. Quantas horas por semana você trabalha na Unidade: _____

Turno de trabalho:

- ☐ Manhã
- ☐ Tarde
- ☐ Noite
- ☐ Manhã e Tarde
- ☐ Tarde e Noite
- ☐ Manhã, Tarde e Noite

13. Você passou pela capacitação de matriciamento em saúde mental?

- ☐ sim
- ☐ não

14. Se sim, há quanto tempo foi a capacitação de matriciamento em saúde mental?

- ☐ menos de 01 ano
- ☐ nos últimos 02 anos
- ☐ nos últimos 05 anos
- ☐ nos últimos 10 anos
- ☐ não se aplica

15. Como você considera seu conhecimento sobre o matriciamento em saúde mental?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Razoável
- ☐ Ruim

B. AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

16. Há reuniões de matriciamento em Saúde Mental nesse centro de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

17. Você participa das reuniões de matriciamento em saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

18. Como você considera seu conhecimento sobre o matriciamento em saúde mental?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Razoável
- ☐ Ruim

19. Quais serviços compõem a rede de saúde mental do seu município?

- ☐ ambulatório de saúde mental
- ☐ CAPS. Especificar qual _____
- ☐ hospital psiquiátrico
- ☐ leito psiquiátrico em hospital geral
- ☐ comunidade terapêutica
- ☐ outros. Quais? _____

20. Quais profissionais, além de enfermeiros, compõem a equipe de saúde na sua unidade de saúde?

- ☐ psicólogo. Quantos? ____
- ☐ médico. Quantos? __
- ☐ assistente social. Quantos? _
- ☐ nutricionista. Quantos? _
- ☐ ACS. Quantos? __
- ☐ técnico de enfermagem. Quantos? _
- ☐ auxiliar de enfermagem. Quantos? _
- ☐ outros. Especificar _____ quantos? _

C.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

21. Você elabora projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

22. Você realiza a interconsulta como instrumento do processo de matriciamento em saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

23. Você realiza a consulta conjunta de saúde mental na atenção primária?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

24. Você realiza a Visita Domiciliar conjunta na APS nos casos de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

25. Você realiza contato a distância com os usuários de saúde mental? uso do telefone e de outras tecnologias de comunicação

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

26. Você formula o Genograma dos usuários de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

27. Você formula o Ecomapa dos usuários de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

C.2 INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL UTILIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

28. São realizados Grupos de saúde mental na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

29. São realizadas ações de Educação permanente em saúde sobre os transtornos mentais na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

30. Na unidade, há o uso de psicofármacos pelos usuários de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

31. Na unidade, há abordagem familiar dos usuários de saúde mental?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

32. Há discussão de casos de saúde mental com equipe interdisciplinar da unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

33. Há discussão de casos de saúde mental com equipe interdisciplinar da rede de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

34. O Exame do estado mental é realizado nos usuários de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

35. É realizada a Estratificação de Risco em Saúde Mental na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

C.3 SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE

36. Há atendimento de casos de Ansiedade na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

37. Há atendimento de casos Depressão na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

38. Há atendimento de casos de Transtorno afetivo bipolar - TAB na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente

- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

39. Há atendimento de casos de Transtorno de Pânico na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

40. Há atendimento de casos de Esquizofrenia na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

41. Há atendimento de casos de Dependência química de álcool na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

42. Há atendimento de casos de Dependência química de outras drogas na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

43. Há atendimento de casos de Tentativas de suicídio na unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

C.4 SE EXISTEM DESAFIOS PARA AS PRÁTICAS DE MATRICIAMENTO

44. O tempo de realização dos encontros de matriciamento é insuficiente para as discussões de casos ?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

45. Os profissionais não comparecem à reunião de matriciamento?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente

() Nunca

46. A metodologia do matriciamento não é adequada ?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

42. O usuário prefere o especialista do que os profissionais da unidade de saúde?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

47. A família prefere o especialista do que os profissionais da unidade de saúde?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

48. Existe preconceito e estigmas em saúde mental pelos profissionais da unidade de saúde?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

49. Existe preconceito e estigmas em saúde mental pelos profissionais da rede de saúde?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

50. Há dificuldade de adesão ao tratamento dos usuários de saúde mental?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

51. A família demonstra apoio contínuo no tratamento dos usuários de saúde mental?

() Muito frequente

() Frequente

() Ocasionalmente

() Raramente

() Nunca

C.5 O MATRICIAMENTO COMO POTENCIALIZADOR E FACILITADOR DA REDE DE SAÚDE

52. Existe boa relação interpessoal dos profissionais da unidade de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

53. Existe boa relação interpessoal dos profissionais da rede de saúde?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

54. Existe trabalho em rede dos usuários de saúde mental no município?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

55. Há o seguimento das pessoas com problemas de saúde mental no tratamento na APS?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE UM TERRITÓRIO DE SAÚDE

Pesquisador: EDUARDO BASSANI DAL BOSCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65051822.7.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.798.991

Apresentação do Projeto:

O objetivo desse trabalho será analisar as ações de matriciamento em saúde mental na APS de um território de saúde sob aspectos legais e da prática de enfermeiros. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e inferencial, com utilização de dados primários obtidos por meio de entrevista telefônica junto a enfermeiros (as) que atuam na Atenção Primária à Saúde da 3ª Regional de Saúde do Paraná. A obtenção das informações será por meio de questionário estruturado, baseado em instrumentos do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011; 2013) e publicações (ONOCKO-CAMPOS, 2017; SERRA, 2018), contendo questões que validem as ações matriciamento em saúde mental na APS. Os dados serão analisados por meio da frequência absoluta e relativa, considerando as variáveis dependentes e independentes avaliadas pelo teste qui-quadrado, estimando a magnitude dos efeitos através do Odds ratios (OR) e os dados

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3282

E-mail: propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.798.991

analisados utilizando o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS ®).
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO: ANÁLISE DAS AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE UM TERRITÓRIO DE SAÚDE, CAAE: 65051822.7.0000.0105; Submetido em: 07/11/2022

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as ações de matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde de um território de saúde sob aspectos legais e da prática de enfermeiros

Objetivo Secundário:

Caracterizar as ações de matriciamento em saúde mental na APS

Descrever os instrumentos do processo de matriciamento utilizados por enfermeiros da APS.

Caracterizar os meios de intervenção em saúde mental utilizados por enfermeiros da APS.

Detectar as situações mais comuns em saúde mental na APS vivenciadas por enfermeiros da APS.

Delinear os desafios enfrentados por enfermeiros da APS para a prática do matriciamento em saúde mental.

Analisar o matriciamento e a relação com os serviços da rede de saúde.

Associar o perfil dos enfermeiros da APS com o território de saúde e as ações de matriciamento em saúde mental

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que envolvem a pesquisa são mínimos e indiretos uma vez que se trata de entrevista com profissionais. Em caso de constrangimento o profissional será afastado do estudo, e seus dados não serão utilizados no estudo.

Em caso de desconforto, será garantido o direito do participante de que ele possa escolher entre a utilização de parte dos dados ou o seu

desligamento completo do estudo, bem como interromper a coleta de dados de maneira imediata.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22

Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900

UF: PR **Município:** PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3282

E-mail: propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.798.991

Benefícios:

Este estudo trará benefício direto aos profissionais e a gestão do município, pois possibilitará avaliar a abordagem realizada por meio do matriciamento em saúde mental no município, o que permite qualificar o desenvolvimento de ações futuras. Como benefício indireto à sociedade pode promover uma melhoria na assistência em saúde mental do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo acadêmico do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, quantitativo, transversal, descritivo e inferencial, com utilização de dados primários obtidos por meio de 200 entrevista telefônica junto a enfermeiros (as) que atuam na Atenção Primária à Saúde da 3ª Regional de Saúde do Paraná. A obtenção das informações será por meio de questionário estruturado, contendo questões que validem as ações matriciamento em saúde mental na APS. A coleta de dados será realizada em duas etapas: 1ª etapa: acesso ao telefone institucional e nome dos (as) enfermeiros (as) das UBS e/ou ESF, através do sistema da Secretaria de Saúde do Paraná e/ou 3ª Regional de Saúde do Paraná. 2ª etapa: entrevista com questionário estruturado, via plataforma Google Forms, aplicado por meio de ligação telefônica, devendo ser direcionada ao próprio (a) enfermeiro (a)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3282

E-mail: propespsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 5.798.991

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise documental considera-se aprovado este projeto e devidamente autorizado para seu início conforme cronograma apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2042982.pdf	30/11/2022 09:56:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleEduardo.docx	30/11/2022 09:56:06	EDUARDO BASSANI DAL BOSCO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoEduardo.pdf	30/11/2022 09:54:07	EDUARDO BASSANI DAL BOSCO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.docx	07/11/2022 16:10:12	EDUARDO BASSANI DAL BOSCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoDetalhado.docx	04/11/2022 09:04:50	EDUARDO BASSANI DAL BOSCO	Aceito
Declaração do Patrocinador	patrocinador.pdf	04/11/2022 09:03:42	EDUARDO BASSANI DAL BOSCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvarararas, Bloco da Reitoria, sala 22

Bairro: Uvarararas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3282

E-mail: propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 5.798.991

PONTA GROSSA, 07 de Dezembro de 2022

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** proespsecretaria@uepg.br