

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

EVERTON STRINGHETA JUNIOR

**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO
PORTE DO MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE/MS

2023

EVERTON STRINGHETA JUNIOR

**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO
PORTE DO MATO GROSSO DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito para obtenção do título de
especialista em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial pela Escola de Saúde Pública
Dr. Jorge David Nasser.

CAMPO GRANDE (MS)

2023

"Ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas" (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 577).

RESUMO

Everton Stringheta Junior. **Gestão do cuidado em saúde mental em um município de pequeno porte do Mato Grosso do Sul.** Pós-graduação lato sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Tutoria: Elen Ferraz Teston. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. 2023.

O matriciamento tem sido apontado como uma ferramenta de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de compartilhamento do cuidado e estruturação de fluxos, dentre outras potencialidades. Este projeto de intervenção visa identificar as possibilidades do matriciamento como uma ferramenta que promove a gestão do cuidado em saúde mental e o modelo de atenção psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A perspectiva da gestão do cuidado orientou a implementação de novas estratégias diante da necessidade de mudanças nos modelos de atenção em saúde mental, historicamente determinado pela individualização, fragmentação e medicalização do cuidado. O matriciamento é estratégico para a construção do modelo de atenção psicossocial, considerando que é uma ferramenta que possibilita o compartilhamento e apoio entre equipes, articulando diferentes dimensões da gestão do cuidado. Este projeto de intervenção foi desenvolvido junto a uma Equipe de Saúde da Família (ESF), o Ambulatório e a gestão de saúde de um município de pequeno porte de Mato Grosso do Sul. Buscou-se realizar análise situacional do modelo de atenção à saúde mental do município, qualificar a gestão do cuidado em saúde mental, construir fluxos de cuidado a partir da estratificação de risco e promover o modelo de atenção psicossocial a partir do matriciamento, conforme a realidade local. Para tanto, foram desenvolvidas ações e atividades em diferentes encontros com as equipes e gestão municipal. A partir do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), conceitos e ferramentas foram apresentados e discutidos considerando o processo de trabalho no cotidiano dos serviços e da rede. Os resultados demonstram uma persistência do modelo ambulatorial e o matriciamento ainda é um desafio. Identificou-se questões envolvendo as relações e percepções nas diferentes dimensões da gestão do cuidado. No nível profissional, a compreensão de que na atenção primária não desenvolve um cuidado em saúde mental e encaminha e faz encaminhamentos indiscriminados convive com um frágil apoio por parte da atenção especializada, reproduzindo discursos e práticas que naturalizam essas relações. No nível sistêmico, a percepção de que as mudanças dependem dos trabalhadores reduz o potencial de traçar novas diretrizes e conduzir mudanças em diálogo com a rede. No nível organizacional, o processo de trabalho é determinado pela

produtividade e redução das filas, fazendo com que a força de trabalho seja voltada para os atendimentos individuais, dificultando a implementação de agendas para discussões em equipe e apoio matricial. Durante os encontros foi possível identificar que o espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilitou o envolvimento das equipes e uma diversidade de contribuições, olhares e saberes que expressam potencialidades para o modelo de atenção psicossocial, mas que carecem de arranjos institucionais que deem sustentabilidade. A partir das produções realizadas nos encontros, foi construído um fluxo de forma coletiva, considerando o compartilhamento do cuidado com recursos das equipes e da rede. Não foi possível instituir e replicar este fluxo na rede como um todo, haja visto o prazo e o desenvolvimento realizado. Como estratégia de continuidade, busca-se apoiar a gestão municipal de saúde para efetivar mudanças no modelo de atenção, sobre as possibilidades de garantir que os profissionais tenham agenda para produzir e instituir novos processos de trabalho.

Descritores: matriciamento; gestão do cuidado; atenção psicossocial.

SUMÁRIO

1. TEMA DE INTERESSE, NECESSIDADE DE MUDANÇA E JUSTIFICATIVA.....	7
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo principal da intervenção.....	17
2.2. Objetivos relacionados	17
3. AÇÕES REALIZADAS DURANTE A INTERVENÇÃO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS	17
4. RESULTADOS OBSERVADOS DURANTE A APÓS A INTERVENÇÃO E OS AUTORES QUE O AJUDOU A REFLETIR SOBRE A REALIDADE E MUDANÇA	35
5. IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO E A VIDA	39
6. EXPECTATIVA DA CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO APÓS O TÉRMINO DA FORMAÇÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS PARA APOIO À INTERVENÇÃO.....	42
ANEXO.....	45

1. TEMA DE INTERESSE, NECESSIDADE DE MUDANÇA E JUSTIFICATIVA

1.1 Percurso do tema de interesse

Este projeto de intervenção surge a partir do trabalho de gestão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Coordenação de Áreas Temáticas e Saúde Mental (CATSM) da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

Dentre as atribuições deste setor, está o apoio e fomento à implantação, habilitação, estruturação e qualificação das redes de saúde mental nos municípios, conforme o modelo de atenção psicossocial preconizado pelas políticas nacionais de saúde mental. Para tanto, são realizadas atividades de orientação e acompanhamento das redes, vistorias e reuniões técnicas, suporte no estabelecimento de fluxos de cuidado, qualificações temáticas, dentre outras atividades. A experiência de trabalho na gestão estadual da RAPS demonstra que há uma necessidade geral de qualificação das redes municipais para trabalhar segundo o modelo de atenção psicossocial, dado a fragilidade na efetivação desse frente a prevalência do modelo ambulatorial. Soma-se a isso uma dificuldade de integração das demandas de saúde mental na Atenção Básica e no compartilhamento do cuidado neste componente.

Diante desse desafio, a ideia inicial para o projeto de intervenção foi de desenvolver a supervisão clínico-institucional para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no intuito de fortalecer os principais serviços da RAPS como ordenadores do modelo de atenção psicossocial. Como ponto de partida, foi realizado contato com a SES de Mato Grosso para conhecimento da experiência desse estado com a estratégia de supervisão. Todavia, nessa partilha se chegou à conclusão de que um trabalho anterior se faz necessário, para o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial e suas ferramentas, para a integração da rede.

Haja visto que o dispositivo da supervisão clínico-institucional aprofunda o processo de trabalho dos CAPS a partir do modelo de atenção psicossocial, concluiu-se que a efetividade desse dispositivo depende da consolidação da atenção psicossocial e, por conseguinte, um trabalho de alinhamento sobre o modelo e dos usos possíveis de suas ferramentas se torna necessário. Parte dessa mudança se deve também ao nível de governabilidade sobre os processos envolvidos na oferta de supervisão clínico-institucional, tais como em relação a custeio, processos licitatórios/contratuais, disponibilidade de profissionais de referência para supervisão, dentre outros fatores, como o tempo hábil para finalização deste projeto de intervenção.

Além disso, destaca-se que mais de 50% dos municípios de Mato Grosso do Sul possuem menos de 15 mil habitantes, o que inviabiliza a implantação de CAPS, segundo os critérios populacionais para esses serviços (Brasil, 2011). Dessa maneira, é um grande desafio instituir uma Rede de Atenção Psicossocial sem a presença desse serviço que é central para a política de saúde mental no Brasil.

Nesse processo de replanejamento do projeto, procurou-se outros recursos para se trabalhar o modelo de atenção psicossocial considerando os municípios de pequeno porte, no intuito de traçar possibilidades de ampliação do campo da saúde mental e estruturação do modelo de atenção psicossocial conforme as características atuais do estado.

Para tanto, buscou-se articular uma perspectiva de gestão do cuidado em saúde mental com diretrizes de Educação Permanente em Saúde nesse contexto, tendo o matriciamento como ferramenta central para promover o modelo de atenção psicossocial na rede de saúde de um município de pequeno porte.

1.2 Caracterização do município e demanda

Este projeto foi realizado em um município de pequeno porte de Mato Grosso do Sul, localizado a aproximadamente 80 quilômetros da capital do estado. Segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ele possui 23.150 habitantes (IBGE, 2022). O município vive um período de desenvolvimento industrial a partir da recente instalação de uma fábrica de celulose, que está em fase de construção. Durante esse período, estima-se que haverá um aumento populacional flutuante em torno de 10 mil pessoas por empregos diretos nas obras. A expectativa de aumento após a conclusão da fábrica é de 3 mil novos habitantes no município. Assim, durante a construção a população residente mais a flutuante poderá chegar a 33 mil habitantes nos próximos anos e após a construção, mais de 26 mil habitantes.

O primeiro contato se deu via telefone, com o serviço de psicologia do Ambulatório do município, para agendamento de reunião remota, a fim de apresentar a proposta de intervenção e levantar informações acerca da realidade da rede e assistência em saúde mental no território.

Foi relatado demanda excessiva de atendimentos individuais, lista de espera crescente por encaminhamentos oriundos das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), realizados por Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), que realizam acolhimento sem escuta qualificada e cuidado continuado, operando na lógica do

encaminhamento para a especialidade. Esse aumento de demanda em saúde mental é associado à instalação da fábrica de celulose no município.

No município em questão, a rede de saúde é composta por serviços de atenção primária, especializada, urgência e emergência e hospitalar. Na atenção primária, há 05 ESF e uma Unidade Básica de Saúde, uma Academia de Saúde com profissionais de Fisioterapia, Nutrição e Educação Física. Além disso, o município conta com um Centro de Especialidades Médicas (CEM) que, dentre outras especialidades, conta com Neurologia e Psiquiatria que atendem uma vez por semana. Além desses, há 03 profissionais de psicologia realizando prioritariamente atendimentos ambulatoriais (psicoterapia, avaliação psicológica, planejamento reprodutivo, laudos etc.), além de grupos com adolescentes e adultos conforme a demanda. O Ambulatório conta também com profissionais de fonoaudiologia e terapia ocupacional.

O município possui um hospital municipal de pequeno porte, no qual as demandas de crise em saúde mental são atendidas. De modo geral, a atenção à crise acontece no pronto atendimento do município e é administrado medicações para conter a crise, observação e liberação. Quando há necessidade de solicitação de internação psiquiátrica, o serviço solicita via Central de Regulação e encaminha à capital. Todavia, a comunicação com os demais serviços é incipiente, tanto na liberação quanto no encaminhamento para internação. Esse serviço é prestado por profissional de medicina generalista com pós-graduação em psiquiatria, que aqui será denominado médico com formação em saúde mental.

Além disso, foi identificado que mudança na gestão e contratação de profissionais de medicina recém-formados, sem vínculo com o território e que não atuam na lógica da saúde pública e coletiva, responsáveis pelo excesso de medicalização e encaminhamentos. Diante desse cenário, evidencia-se a insuficiência dos recursos humanos diante da demanda e mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais que impactam diretamente o cenário de saúde do município.

Sobre o cuidado em saúde mental, a equipe de psicologia do município iniciou duas estratégias para responder ao aumento de demanda: fluxo de triagem da fila de espera para reorganização segundo prioridades e criação de dois grupos de apoio, uma para adolescentes e outro para adultos, que ocorrem quinzenalmente conforme a demanda. Porém, foi relatado que a dificuldade de compartilhamento do cuidado com as ESF e o excesso de encaminhamentos são gargalos que demandam uma ação específica de matriciamento.

Dentre as atividades da equipe de psicologia realizadas com as equipes da APS, é realizado educação em saúde de temáticas, tais como autismo e prevenção do suicídio. O matriciamento é uma ferramenta que ainda não foi praticada no município e foi indicado pela equipe que, dada a experiência prévia de educação em saúde por temáticas, gera-se resistência por parte das equipes da atenção básica. Em relação a gestão da APS, há receptividade da proposta, mas a falta de colaboração das equipes foi apontada como um desafio.

Apesar de o município ter critérios para implantação de CAPS na modalidade I, esse ainda é um desafio no município. Dentre os fatores envolvidos nisso, foi possível extrair das reuniões realizadas durante o percurso do projeto que a não disponibilidade de prédio adequado e de profissionais são os principais impeditivos.

1.3 Tema de interesse, necessidade de mudança e justificativa

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) criou condições de possibilidade para a instituição de uma rede de cuidado em saúde mental de base territorial, ou seja, externa ao modelo hospitalar. Contudo, permanece o desafio de garantir o cuidado com respeito à liberdade e à vida, efetivado numa rede de saúde mental (Macedo, *et. al.*, 2017; Eslabão, *et. al.*, 2017; Borba, *et. al.*, 2017 *apud* Sarzana, *et. al.*, 2018).

No campo da saúde mental, a gestão do cuidado enfrenta os desafios que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) produziu ao instituir um novo modelo de cuidado em saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental brasileira, fundamentada na lei nº 10.216 de 2001, é resultado da RPB e tem por diretrizes a desinstitucionalização, reinserção social e transformação do lugar social da loucura, superando estigmas relacionados a exclusão e opressão das pessoas portadoras de transtornos mentais e grave comprometimento psíquico (Amarante, 2007).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 3.088/11 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada pela portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, na qual versa sobre as normas para as redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a RAPS é concebida para superar a fragmentação da assistência e da gestão do cuidado em saúde mental, visando o respeito às diversidades singulares, loco regionais, numa concepção ampla de saúde e cuidado para a efetiva integração e articulação das redes de atenção à saúde e intersetoriais, visando a autonomia e inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais (Nobrega, *et. al.* 2017 *apud* Sarzana, *et. al.*, 2018).

Foram criados diferentes dispositivos organizados em uma rede de serviços de saúde, articulada conforme a complexidade de cada caso, visando garantir a integralidade do cuidado em saúde mental, em liberdade e comunitária. Na RAPS, e dentre os novos dispositivos há os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço central dessa rede, pois ele é a principal estratégia de substituição dos manicômios, atuando num modelo ampliado e diversificado de cuidado, buscando romper com as práticas manicomialis. Todavia, ofertar ações e serviços de saúde não é garantia de oferta de cuidado em saúde mental, integral, singular e inclusivo.

Elementos como modelos de gestão podem auxiliar na efetivação do cuidado em rede, direcionando os passos de gestores, profissionais de saúde e consequente melhoria do cuidado aos usuários (BRASIL, 2010). Na busca pela integralidade do cuidado por meio da RAPS, destaca-se a gestão do cuidado em saúde como importante ferramenta para auxílio nessa construção (Sarzana, *et. al.*, 2018).

Por gestão do cuidado em saúde, entende-se como o uso de tecnologias que priorizam a singularidade, segurança e autonomia dos sujeitos frente às necessidades de saúde. Para tanto, a gestão do cuidado engloba seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Elas produzem uma complexa rede na qual acontecem pontos de encontro, desencontros, caminhos alternativos e potenciais mais ou menos explícitos ou controláveis pelos agentes e gestores de saúde (Cecilio, 2011).

Para Cecilio (2011), a dimensão da gestão do cuidado individual deve ser pensada em suas determinações sociais, pois reconhece que o individual sofre influências das condições de vida. Apesar disso, o protagonismo é de cada sujeito e envolve a lógica do cuidado de si, do exercício da autonomia, da escolha e capacidade normativa de cada pessoa. Já a dimensão familiar, envolve as relações de cuidado, seja na família consanguínea ou ampliada. O autor ainda chama a atenção para questões concernentes aos cuidadores/familiares e as instituições de governo, havendo tensionamentos no compartilhamento do cuidado.

A dimensão do profissional da gestão do cuidado se refere ao encontro assistencial entre trabalhador da saúde e usuários do serviço. Para que esse encontro seja produtor de saúde, há que se considerar três aspectos dessa relação, que são a capacidade técnica do profissional, o compromisso ético e político com os usuários e a capacidade de construir vínculos como elemento do cuidado. Associa-se à essa, a dimensão dos aspectos organizacionais do cuidado, relativos aos serviços de saúde e seus processos de trabalho. Diz respeito ao trabalho em equipe, processos de comunicação, divisão do trabalho, definição de organogramas, agendas, reuniões, fluxos, protocolos, manejo, avaliação, dentre outros. Essa dimensão, apesar de ter um caráter

coletivo, é atravessada por assimetrias de valores, pensamentos, relações de poder etc. (Cecilio, 2011).

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado trata das normatividades, ou seja, como os serviços de saúde se relacionam formalmente, visando tecer redes de cuidado e assim garantir a integralidade. Há, nessa dimensão, uma série de fatores a serem consideradas: os desencontros entre as redes ou linhas de cuidado e o movimento real que os usuários fazem em seus percursos de saúde; a diversidade de formas de entrada no sistema, apesar de estabelecidas as portas e fluxos; as múltiplas interferências entre os níveis de gestão, relações entre o público e o privado, orçamentos e financiamentos, estabelecimento de prioridades, e assim por diante (Cecilio, 2011).

Por fim, a dimensão societária aponta para a relação da sociedade com o Estado e na forma que as políticas públicas são formuladas e implementadas visando produzir e reproduzir a vida, de forma mais democrática ou autoritária, com respeito a diversidade e heterogeneidade social ou não, de modo que haja garantia de direitos em prol de uma boa forma de vida coletiva (Cecilio, 2011).

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

Figura 1. Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde (Fonte: Cecilio, 2011).

Conforme os problemas já identificados e novas possíveis demandas, será preciso realizar pesquisas que auxiliem a qualificar a análise com base no conhecimento disponível. Isso também será fundamental para qualificar o processo de matriciamento, pois:

A efetivação da atenção integral depende, em grande parte, da construção compartilhada de matriciamento. O correto matriciamento exige dos profissionais competências e habilidades tanto pedagógicas quanto gerenciais, que favoreçam a construção dos espaços de diálogos coletivos e democráticos. Sem essas competências, a reorganização do processo de trabalho e a transformação de práticas de cuidado orientadas por esse princípio ficam fragilizadas e a constituição de um trabalho em rede não é estabelecido (Ferreira *et. al.*, 2017; Romeira, *et. al.*, 2016 *apud* Sarzana *et. al.*, 2018).

O matriciamento é uma ferramenta que, além de integrar diferentes práticas e saberes que visam a integralidade do cuidado, faz a ponte entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. É um arranjo dos processos de trabalho que busca efetivar o suporte técnico de saberes especializados para as equipes e serviços de saúde que prestam um diferente nível de atenção, em especial para a atenção básica em saúde. Dessa forma, constitui-se uma relação matricial entre uma equipe de referência (ER) e a equipe matriciadora (EM) (Iglesias; Avellar, Neto, 2021).

Assim, o matriciamento e mais especificamente no campo da Saúde Mental, atua como importante estratégia de construção de espaços de comunicação e compartilhamento entre diferentes equipes, ampliando a oferta de cuidados e possibilitando que cada nível de atenção à saúde possa se responsabilizar pelos usuários (Chiaverini, 2011).

Todavia, a concepção de matriciamento e as formas de sua implementação são heterogêneas e isso impacta na maneira que profissionais e serviços se relacionam e compartilham ou o cuidado em saúde mental e isso afeta diretamente a qualidade do cuidado ofertado. Atua, ainda, como uma ferramenta com potencial de transformar as relações de poder entre as categorias profissionais, núcleo de saberes e níveis de atenção no SUS, pois possibilita que os envolvidos no cuidado sejam ao mesmo tempo produtores e sujeitos da ação de cuidar (Bertussi, 2010 *apud* Iglesias; Avellar, Neto, 2021).

O matriciamento tem sido apontado como metodologia de enfrentamento da fragmentação do cuidado e a Educação Permanente em Saúde (EPS) como ferramenta de apoio matricial (Brasil, 2011). Dentre as potencialidades dessa interlocução, destaca-se o cuidado integral e a capilaridade da assistência, a construção de espaços e encontros entre serviços e trabalhadores proporcionando partilha de experiências, desconstruindo estigmas, promovendo ação em rede, além disso fortalece as tecnologias leves de cuidado (relacionais) e a produção de um campo de trocas entre trabalhadores, gestores e usuários (Rezende *et. al.*, 2020).

Todavia, junto as potencialidades há diferentes níveis de entraves. Dentre as dificuldades que essa proposta se depara, Rezende *et. al.* (2020) realizaram pesquisa de revisão

da literatura e destacam os seguintes desafios: a inserção dos usuários; desejo, por parte dos trabalhadores, de construção de espaços de educação permanente e mudanças de processos de trabalho; não percepção dos trabalhadores como produtos e produtores dos processos de trabalho; manutenção e continuidade dos espaços de construção coletiva; rotatividade de profissionais e/ou sobrecarga de trabalho, dentre outros.

Essa ferramenta possibilita a execução e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), fazer o usuário de saúde mental circular entre os serviços e no interior de sua comunidade, articulando diferentes olhares e lugares para construir respostas a questão do sofrimento psíquico ou da loucura, para além dos CAPS. Esse papel do matriciamento em saúde mental está alinhado com a perspectiva de diminuição da fragmentação do cuidado e segregação da loucura, própria do modelo manicomial, considerando que pode proporcionar aos usuários o cuidado em seu território e serviços, favorecendo a construção de laços sociais frente às condições materiais onde a vida de cada um acontece.

Em relação ao papel do matriciamento na RAPS, com este estudo prévio é possível identificar que ele é essencial para a efetividade da proposta da Reforma Psiquiátrica. O modelo de atenção psicossocial traz desafios dada a sua complexidade. As ações de cuidado requerem a construção de vínculos entre os trabalhadores e usuários, exercício da cidadania, participação familiar e comunitária, diversidade das práticas de cuidado com ênfase nas atividades coletivas visando romper com o modelo centrado na doença, individualizado e fragmentado, excludente e centrado no saber psiquiátrico medicalizante. Com isso, passa-se a reconsiderar o sujeito em sua dinâmica de sofrimento psíquico em relação ao contexto social, familiar e cultural (Silva *et. al.*, 2013).

Conforme Koda e Fernandes (2007), retomando as contribuições da psicanálise de grupos e análise institucional de Kaës (2003) e Bleger (1991), apontam os efeitos de uma mudança paradigmática, tal como a abordada aqui. A sociedade ocidental produziu uma clivagem entre o que é considerado normal e patológico, produzindo o estigma da loucura para as pessoas com grave sofrimento mental, de modo que reincorporar na dinâmica social e dos serviços de saúde essa figura do louco e reformular os saberes e práticas de cuidado até então prescritas, questiona a identidade profissional e convicções construídas em torno da formação, de modo que lidar com essas demandas cotidianamente gera sentimentos de angústia que desestruturam a lógica institucional.

Isso se torna um desafio ainda maior se considerarmos que a RAPS é articulada entre diferentes instituições, com diferentes atores, de diferentes referenciais paradigmáticos, dinâmicas institucionais, políticas e realidades loco regionais do território. Portanto, fazer a gestão do cuidado em saúde mental aos moldes da atenção psicossocial é uma prática que requer diferentes níveis de análise, pactuações e manejo de fatores que determinam o campo da saúde mental no âmbito do SUS.

Para tanto, faz-se necessário a construção de espaços de diálogos horizontalizados e implicados na tarefa de proporcionar o cuidado. A associação entre o matriciamento e a educação permanente como ferramentas de gestão do cuidado em saúde mental se torna estratégica, considerando:

[...] a associação entre as práticas cotidianas e o aporte teórico, caracterizando o matriciamento, o que vai diferenciar uma reunião comum de uma reunião de educação permanente e matriciamento, é a horizontalidade das discussões e a contribuição teórica para subsidiar a assistência em saúde mental (Leite, Rocha, 2017 *apud* Rezende *et. al.*, 2020, p. 14).

O apoio matricial se destaca por envolver trocas de saberes e práticas, bem como uma estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. Assim como a estratégia da EPS, o apoio matricial implica transformar a gestão dos processos de trabalho e a prática reflexiva para o cuidado segundo o modelo de atenção psicossocial, haja visto os desafios impostos pela convivência com o modelo biomédico-hospitalocêntrico (Lima; Gonçalves, 2020).

O matriciamento, segundo Gastão e Domitti (2007), foi inicialmente proposto como metodologia de gestão do cuidado para reformar a organização e o trabalho em saúde.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (Gastão; Domitti, 2007, p. 400).

A equipe de referência é aquela que tem responsabilidade pela condução longitudinal de um caso individual, familiar ou comunitário, tal como as equipes das unidades de APS. Essa mesma lógica se aplica às equipes de centros, hospitais ou clínicas de especialidades que realizam matriciamento por meio de apoiadores matriciais. Dessa forma, o apoiador matricial

e equipes de referência é tanto um arranjo organizacional como uma metodologia de gestão do cuidado na perspectiva da clínica ampliada, e objetiva a integração entre diferentes serviços, equipes e profissionais. É, portanto, uma ferramenta clínica e sanitária por considerar que nenhuma especialidade atinge a integralidade de modo isolado e busca um arranjo mais efetivo e resolutivo de trabalho (Gastão; Domitti, 2007).

Na perspectiva dos macros sistemas, o apoio matricial visa uma mudança de modelo de saúde. O termo matricial deriva da noção de matriz, que se refere tanto a lugar de geração e criação, quanto indica conjuntos de elementos que estabelecem relações entre si de modo horizontal, vertical e transversal (Houaiss; Vilar, 2004 *apud* Gastão; Domitti, 2007). Essa é uma estratégia de deslocamento das relações verticais estabelecidas pelo princípio hierárquico entre os níveis de atenção, que opera a autoridade e transferência de responsabilidade entre serviços de diferentes níveis, por meio de procedimentos burocráticos de comunicação, nos quais os serviços e profissionais não estabelecem relações horizontais de trabalho entre si (Gastão; Domitti, 2007).

Já o termo apoio surge como modalidade de relação horizontal e dialógica que opera a autonomia e responsabilidade, diferente a autoridade dos modelos tradicionais, e surge da metodologia Paidéia que institui a figura do apoiador em projetos e intervenções clínicas ou sanitárias, centrado no compartilhamento entre os atores envolvidos (Gastão, 2000 *apud* Gastão; Domitti, 2007).

Quanto as formas de se operacionalizar o matriciamento, Gastão e Domitti (2007) indicam duas maneiras: primeiro, por meio de pactuação de encontros periódicos e regulares (semanal, quinzenal, mensal) para discussão de casos ou problemas identificados, propor projetos terapêuticos ou de intervenção e diálogo sobre temas clínicos, coletivos ou de gestão; segundo, por solicitação através de meios de comunicação diretos, considerando demandas que surjam com necessidade de uma resposta rápida, evitando submeter todas as demandas à lógica do encaminhamento agendado.

Já em relação a construção de planos de intervenção ou cuidado, os autores indicam três linhas de trabalho: a) atendimentos conjuntos entre apoiador matricial e equipe de referência; b) atendimento especializado do apoiador matricial para acompanhamento pela equipe de referência e c) troca de conhecimento, saberes e orientações entre apoiadores e

equipes de referência que podem ser realizadas em diferentes modalidades (Gastão; Domitti, 2007).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal da intervenção

Desenvolver ações de fortalecimento da gestão do cuidado em saúde mental do município, tendo o matriciamento como ferramenta.

2.2. Objetivos relacionados

- Realizar análise situacional do modelo de atenção à saúde mental do município;
- Qualificar a gestão do cuidado em saúde mental;
- Sistematizar fluxos de cuidado a partir da estratificação de risco;
- Promover o modelo de atenção psicossocial a partir do matriciamento, conforme a realidade local;

3. AÇÕES REALIZADAS DURANTE A INTERVENÇÃO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS

Pretende-se, com esse projeto, realizar diferentes encontros tanto com a equipe de atenção especializada como da atenção primária, além da gestão municipal, visando a construção de espaços de troca e gestão do cuidado em saúde mental.

Quadro 1. Cronograma de ações do projeto de intervenção

ATIVIDADES	Atividades de autogestão	de	Atividades de heterogestão	de	Atividades nas unidades de saúde
MAIO	Planejamento e elaboração do P.I.				
JUNHO	Diagnóstico situacional do município	do	02/06 - Reunião técnica: SES e profissionais da psicologia do município		

JULHO	Estruturação do primeiro encontro presencial		Pactuação com gestores, apresentação e definição da unidade piloto
AGOSTO	Relato e análise do primeiro encontro Estruturação do segundo encontro presencial		10/08: Primeira visita na unidade de saúde piloto 29/08: Segunda visita na unidade de saúde piloto
SETEMBRO	Relato e análise do segundo encontro Estruturação do terceiro encontro presencial	27/09: Reunião técnica: SES e profissionais da psicologia do município	28/09: Terceira visita na unidade de saúde piloto
OUTUBRO	Relato e análise do terceiro encontro.	Estruturação de reunião com gestão municipal, junto a Coordenação de Áreas Temáticas e Saúde Mental estadual	Reunião de matriciamento planejado entre as equipes do ambulatório e estratégia de saúde da família
NOVEMBRO	Relato e análise da reunião com gestão municipal		23/11: Quarta visita na unidade de saúde piloto
DEZEMBRO	Relato e análise do quarto encontro; Finalização do TCC	Planejamento da continuidade das ações	

3.1. Relatos das reuniões e encontros

3.1.1. Primeiras Reuniões

Foram realizadas duas reuniões com a equipe de psicologia do Ambulatório do município, a fim de conhecer a rotina de serviço, desafios e possibilidades a partir da perspectiva do serviço. Dentre os principais apontamentos dos desafios, estavam o excesso de

demanda, o aumento progressivo de encaminhamentos pouco qualificados e dificuldades em relação ao manejo na atenção primária. Dentre as potencialidades mais destacadas, foi o comprometimento da equipe, estratégias de qualificação da fila de espera e atendimentos grupais como forma de dinamizar os fluxos de atendimento. Identifico que o “distanciamento” do território vivenciado pelo Ambulatório, algo que é um determinante estrutural da rede, é um fator que contribui para os problemas apontados.

A proposta de desenvolver estratégias de matriciamento como uma forma de qualificar a gestão do cuidado em saúde mental no município, que apresentou seus gargalos em relação ao excesso de encaminhamentos *versus* a demora na espera por atendimentos de saúde mental. A proposta foi aceita e deu início às reuniões de planejamento junto ao Ambulatório de psicologia do município.

Foi pactuado como estrutura fundamental do projeto a interlocução entre gestão, média complexidade e atenção primária. De modo que respeitasse o princípio de não afetar a agenda de todos em demandas prioritárias, estabelecemos que os encontros aconteceriam em dias alternados, com intervalos de no mínimo 15 dias entre cada encontro. Foi indicada uma Estratégia de Saúde da Família como unidade piloto para o projeto, levando em consideração o perfil colaborativo e interessado dos profissionais.

Para a delimitação da intervenção deste projeto, as ações serão direcionadas para as dimensões profissional e sistêmica como pontos estratégicos para impactar as demais dimensões da gestão do cuidado. Considerando que as relações estabelecidas entre as seis dimensões descritas por Cecilio (2011) são dinâmicas e se articulam das mais diversas formas, intervir em pontos específicos pode reverberar em mudanças nas demais instâncias. Essa articulação é atravessada pela dimensão organizacional, para que o apoio matricial aos profissionais tenha impacto sobre os fluxos e percursos de cuidado dos(as) usuários(as).

A participação dos usuários foi discutida e integrada na relação da equipe com os usuários, em especial no estabelecimento do vínculo deste o acolhimento e escuta qualificada, ao planejamento do cuidado junto aos usuários e nas demandas e necessidades expressas por ele, como protagonista de seu processo terapêutico. Buscou-se, com isso, fortalecer as equipes para a gestão do cuidado conforme ao modelo de atenção psicossocial e, com isso, promover um cuidado centrado no usuário e seu território como eixos centrais do modelo de atenção,

operacionalizados com ferramentas e metodologias, tal como o matriciamento e a educação permanente em saúde.

Além disso, esse enquadramento possibilita ao autor o desenvolvimento de competências e habilidades próprias a esse nível de gestão estadual da RAPS, na qual se faz necessário a relação dialógica com equipes e gestores, contratualidade dos processos de trabalho e implementação do modelo assistencial promovido pela Reforma Psiquiátrica conforme as realidades locais, potencializando os recursos existentes para que seja possível superar o modelo manicomial e ambulatorial que ainda persiste.

3.1.2. Primeiro encontro

A intencionalidade deste encontro foi o estabelecimento de vínculos, conhecimento mútuo entre todos os envolvidos, apresentação da temática, conhecimento de campo, diagnóstico situacional e apresentação da proposta de intervenção. Neste primeiro encontro a participação foi gradativa, aos poucos cada um foi interagindo. Foi instigado o interesse pela temática e escutá-los sobre o que acontecia ali em relação as demandas de saúde mental e as formas como produzem o cuidado naquela unidade.

Estiveram presentes os agentes comunitários de saúde (ACS), com uma participação rica de informações sobre a realidade do território e usuários. Além deles, a equipe de enfermagem composta por uma enfermeira e técnicos de enfermagem, médico da família, técnicos administrativos e de higienização. Esteve presente também uma das profissionais de psicologia do Ambulatório.

De modo geral, as demandas de saúde mental passavam pelo atendimento na unidade. Seja em casos de prescrição de psicotrópicos para casos leves, encaminhamentos para a Ambulatório, atendimentos de usuários que vão inúmeras vezes com diferentes queixas ou dúvidas e preocupação com a saúde, dentre outras demandas do cotidiano. O encaminhamento é o procedimento padrão, além da manutenção de receitas e queixas comuns de saúde mental. Sobre acolhimento e escuta foram mencionadas como práticas realizadas por eles. Todavia, foi levantado o questionamento durante o grupo a respeito de como o acolhimento e a escuta eram realizadas e ficou evidente que a forma como o acolhimento era

operacionalizado ali se aproximava mais do modelo de avaliação orientado para os principais sinais e sintomas físicos de uma triagem para o encaminhamento médico.

A real demanda ocorre no consultório médico, onde os usuários verbalizam o motivo de estar ali. Além disso, foi mencionado sobre a prática de sinalizar gravidade para beneficiar alguns usuários. Apesar disso, tanto alguns agentes de saúde quanto os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), relataram práticas e leituras sobre casos que se aproximam da clínica ampliada. Os principais dificultadores para a realizar outras atividades diziam respeito a questões estruturais e de gestão (alta demanda, produtividade a ser atingida, impossibilidade de agenda para reuniões) que ultrapassavam a governabilidade deles.

Foi realizado o exercício de visualização das variáveis envolvidas no processo de cuidado em saúde mental realizado naquela unidade, por meio da Matriz SWOT. A matriz SWOT foi realizada por meio de uma oficina, na qual o grande grupo foi separado em dois menores grupos, com um profissional de psicologia em cada, sendo um deles o próprio especializando. Cada grupo elaborou uma matriz e, após essa etapa, no grande grupo cada um demonstrou como chegou naqueles elementos. Segue representação das matrizes, originais nos anexos.

Quadro 2. Matriz 1 elaborada pela equipe de saúde

STRENGTH (FORÇAS)	WEAKNESS (FRAQUEZAS)
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento; • Escuta; • Orientação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de medicação; • Demora no atendimento (Especialista); • Falta de profissional; • Alta demanda; • Divergência de informações; • Pacientes resistentes.
OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)	THREATS (AMEAÇAS)
<ul style="list-style-type: none"> • Troca de receita; • Encaminhamento; • Procedimento; • Reuniões de equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda; • População flutuante; • Divergência de informações; • Paciente resistente.

Quadro 3. Matriz 2 feita pela equipe de saúde

STRENGHT (FORÇAS)	WEAKNESS (FRAQUEZAS)
<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento;• Equipe integrada;• Articulação com a rede;• Agilidade no suporte e no atendimento.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de profissionais;• Falta de suporte hospitalar para manejo grave;• Falta de um CAPS.
OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)	THREATS (AMEAÇAS)
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar comunicação entre as unidades e a equipe de saúde mental;• Ampliar capacitação;• Criação de um CAPS.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de assistência e suporte para os profissionais;• Falta de profissional.

Assim, a partir da análise da governabilidade diante dos elementos destacados nas duas matrizes, foi construída uma terceira matriz para orientar as ações, conforme os itens escolhidos pelas equipes.

Quadro 4. Matriz final elaborada coletivamente pela equipe

STRENGHT (FORÇAS)	WEAKNESS (FRAQUEZAS)
<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento;• Articulação com a rede;• Escuta;• Orientação;• Comprometimento.	<ul style="list-style-type: none">• Demora no atendimento de Saúde Mental;• Divergência de informações;• Resistência dos pacientes;• Acompanhamento e continuidade.
OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)	THREATS (AMEAÇAS)
<ul style="list-style-type: none">• Apoio com capacitação e gestão;• Ampliar a comunicação e reuniões de equipe;• Abordagem e manejos com usuário e família.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de apoio técnico ao profissional;• Divergência de informações;• Apoio da gestão.

A questão do tempo e agenda para esta intervenção foi evidenciado como um desafio. Primeiro, porque a equipe de saúde da família pôde disponibilizar apenas as quintas-

feiras para o projeto pelo período vespertino. Para integração e comunicação entre cada encontro, foi criado um grupo de WhatsApp e um drive para disponibilizar tudo que fosse usado e comentado durante os encontros, para que fosse um espaço de acesso e interação de todos.

Conforme as primeiras impressões, foi planejado como atividade intermediária entre o primeiro e segundo encontro o disparo de dois vídeos curtos que contextualizavam a prática do matriciamento e exemplificava sua aplicabilidade. A orientação era assistir aos vídeos e destacar os pontos que mais chamavam a atenção dos membros da equipe para retomarmos a discussão no segundo encontro. Mas apesar disso, ninguém acessou os a pasta ou assistiu os vídeos, que foram disponibilizadas tanto no drive como no grupo.

3.1.3. Segundo encontro

O segundo encontro, além da retomada das discussões do primeiro encontro, já que haviam pessoas novas e algumas que estavam na primeira não estavam na segunda, foi apresentada a ferramenta do matriciamento, além de outras ferramentas e abordagens possíveis de serem usadas e compartilhadas entre a ESF e o Ambulatório, que foram: Abordagem Centrada na Pessoa (ACP - método mnemônico IPE PSO), ferramenta de estratificação de risco do estado do Paraná, oriunda da oficina APSUS saúde mental (Paraná, 2014), bem como o Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde – MI-mhGAP (OMS, 2018) e o Índice de Risco de Suicídio – IRIS (Veiga, et. al., 2014). Além disso, foi discutido sobre experiências existentes a fim de sensibilizá-los e promover aproximações com experiências reais, uma do estado de Mato Grosso do Sul (Souza; Alvarenga, 2023) e outra do sudeste brasileiro, com recortes de artigos e relatos de experiências, para chamar a atenção para a diversidade de aplicabilidade e repercussões sejam positivas ou negativas da mudança do modo de produzir e gerir o cuidado em saúde mental (Iglesias; Avellar; Neto, 2021).

Entre o primeiro e segundo encontro, foi proposto no grupo de WhatsApp uma atividade de dispersão, na qual foi solicitado que os (as) participantes assistissem dois breves recortes de vídeos sobre matriciamento, para aquecer as discussões no encontro, além de sugestões de um vídeo sobre práticas colaborativas na APS. No entanto, ninguém assistiu aos vídeos e a discussão foi conduzida a partir do quadro abaixo, contendo um comparativo entre

o modelo ambulatorial de encaminhamentos e o modelo de atenção psicossocial na perspectiva do matriciamento, construído para essa ação.

Quadro 5. Aspectos a serem abordados nos acolhimentos por meio da Abordagem Centrada na Pessoa:

I	Ideia sobre o problema de saúde	P	Aspectos psicológicos em torno do problema de saúde
P	Preocupação em relação ao problema de saúde para com a vida	S	Aspectos sociais em torno do problema de saúde
E	Expectativa em relação a consulta	O	Ocupação e relação com o problema

(Fonte: IPES e PSOS: método clínico centrado na pessoa - YouTube)

Quadro 6. Comparativo entre o modelo Ambulatorial e Psicossocial em relação ao encaminhamento e matriciamento:

MODELO AMBULATORIAL	MODELO PSICOSSOCIAL
Fragmentação do cuidado	Integralidade do cuidado
Clínica individual centrada na doença	Clínica Ampliada e centrada no usuário
Lógica das especialidades	Lógica do compartilhamento dos saberes
Burocratização dos processos de trabalho	Problematização do processo de trabalho
Comunicação reduzida e fragmentada	Comunicação integrada
Cuidado individualizado e uni profissional	Cuidado ampliado e interprofissional
Obstrução da rede	Fluidez da rede
Fluxos centralizados	Fluxos descentralizados
Conhecimentos e vínculo com a rede é fragilizado	Proximidade entre os serviços e equipes
Transferência das responsabilidades (serviços, profissionais, usuários, famílias)	Pactuações das responsabilidades (serviços, profissionais, usuários, famílias)
Demanda indiscriminada para rede especializada	Demanda estratificada
Encaminhamentos sem critérios ou pactuações	Encaminhamentos pactuados e qualificados
Gestão do cuidado inflexível e pouco resolutiva	Gestão do cuidado dinâmica e mais resolutiva
Ações de saúde mental pontuais e descontextualizadas	Educação Permanente em Saúde

Após as discussões em torno das ferramentas, foi disparado questões sobre a aplicabilidade e a sondar as situações e demandas reais com as quais a equipe lida no dia a dia para dar início ao exercício de pensamento sobre a prática.

Todavia, alguns fatores não previstos impactaram a proposta do encontro. Vários membros da equipe eram diferentes, tanto entre os ACS, farmacêutica, equipe de enfermagem e odontologia e médicos. Além disso, não houve a presença dos profissionais do ambulatório, o que gerou um desconforto tanto em mim como nos membros da equipe da unidade de saúde.

A presença do ambulatório foi questionada pela equipe e despertou reflexões das razões para tal. De alguma forma, essa situação representa a própria lógica ambulatorial, na qual a demanda de atendimentos não possibilita o diálogo ou o compartilhamento do cuidado, na qual o profissional tem sua atuação orientado para atender a demanda regulada e que vai até a unidade, na qual a gestão do cuidado é interna e não em rede.

Visando sanar essas dificuldades, foi planejado uma reunião com os profissionais de psicologia do município a fim de alinhamentos quanto ao desenvolvimento das ações e discussão as perspectivas possíveis para a continuidade do projeto. Além disso, a proposta é realizar um terceiro encontro para aplicar os conceitos e ferramentas conhecidas até este momento em casos já conhecidos e presentes no cotidiano, de modo a construir um cuidado planejado e compartilhado.

3.1.4. Terceiro encontro

Neste encontro, a rotatividade de profissionais aconteceu mais uma vez. A equipe médica havia mudado novamente, mas os profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde eram os mesmos, com alguma alternância entre aqueles do primeiro e segundo encontro. Foi necessário retomar os dois primeiros encontros para alinhamento. Ademais, o encontro priorizou a discussão de casos e o processo de cuidado. Inicialmente, a representação do ambulatório não compareceu, sendo encaminhado já na metade do encontro uma outra pessoa para participar do encontro.

O encontro foi iniciado com uma pergunta a respeito de como foram as demandas de saúde mental no último mês e sobre os casos que gostariam de abordar. Dentre as várias

possibilidades, os (as) profissionais escolheram o caso V.L. Segundo a equipe, esta é uma usuária que frequentemente vai ao serviço com queixas físicas ou necessidade de escuta. V.L. é uma mulher de 64 anos, faz tratamento para hipertensão, hipercolesterolemia e epilepsia na unidade. Faz uso contínuo de carbamazepina, amitriptilina e fenitoína. Atualmente mora sozinha, mas cuidou da sobrinha por mais de 20 anos, a sobrinha tem diagnóstico de autismo e hoje foi institucionalizada, já que V.L. já não tinha condições de continuar cuidado dela, conforme o quadro se agravava. A tentativa de institucionalização foi realizada duas vezes, sendo que na primeira vez V.L. não suportou a ausência e não confiava nas condições nas quais a sobrinha estava e foi até a instituição buscar a sobrinha.

Todavia, após a segunda tentativa de institucionalização, o município providenciou visitas para que V.L. pudesse ver a sobrinha e se certificasse de suas condições de vida e se tranquilizasse. Durante esse período de adaptação, V.L. foi a unidade com frequência e a equipe percebeu mudanças no seu comportamento e demandando muito da equipe, além do fato de morar sozinha e viver com condições de vulnerabilidade socioeconômica. Durante um plantão de atendimento psicológico realizado na unidade, no contraturno, uma das profissionais da psicologia identificou demanda de atendimento psicológico, todavia, a usuária referiu que naquele momento não queria fazer o atendimento, pois as demandas socioeconômicas eram o que mais a incomodava.

Durante a discussão do caso, as equipes ainda demonstravam preocupação com a situação de V.L., principalmente porque ela continuava no cotidiano do serviço com suas queixas e demandas de consulta, de troca de receitas e demanda de escuta. Um dos médicos da equipe manifesta preocupação com o isolamento e risco de suicídio, foi questionado sobre o tratamento neurológico para epilepsia e se o psicotrópico que ela tomava era o mais indicado, pois até o momento não havia passado por avaliação com especialistas.

Diante do exposto, foi elaborado o seguinte planejamento de cuidado pelas equipes. Original em anexo.

Quadro 7. Plano de cuidado elaborado pela equipe de saúde

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO
Reunião de apoio matricial (Revisão do plano)	Ambulatório/ESF	20-30 dias (30min-1h)
Av. Psiquiatra/Neurologista	Médicos da unidade	1 semana (encaminhamento) / 1 mês (atendimento)

Av. Risco de Suicídio e Saúde Mental	Médicos da equipe	1 semana
Acionar CRAS	Enfermeiras da equipe	1 semana
Oferta de auriculoterapia e/ou atividades do Hiperdia	Enfermeiras da equipe	1 semana

3.1.5. Reunião com gestão municipal e ambulatório

No dia 23/10 foi realizada reunião com a gestão de saúde, a fim de apresentar o desenvolvimento do projeto até essa data e as perspectivas e possibilidades de continuidade, além de conhecimento dos problemas em relação às demandas de saúde mental identificados na perspectiva da gestão. Após isso, foi feita uma breve reunião com o Ambulatório para alinhamento, dado a impossibilidade de participação em diferentes encontros e reunião.

No nível da Atenção Primária à Saúde, a gestão identifica que a rotatividade e perfil de médicos dificulta alinhar os cuidados em saúde, não só de saúde mental, nas unidades de saúde. Explica que atualmente o município enfrenta essa dificuldade que foi realizada tentativa de fixação por meio do programa Mais Médicos. Em relação aos profissionais de enfermagem, relata que a depender do tempo de serviço e perfil profissional, há maior ou menor resistência a sair do cuidado instituído para instituir novas formas de abordagem.

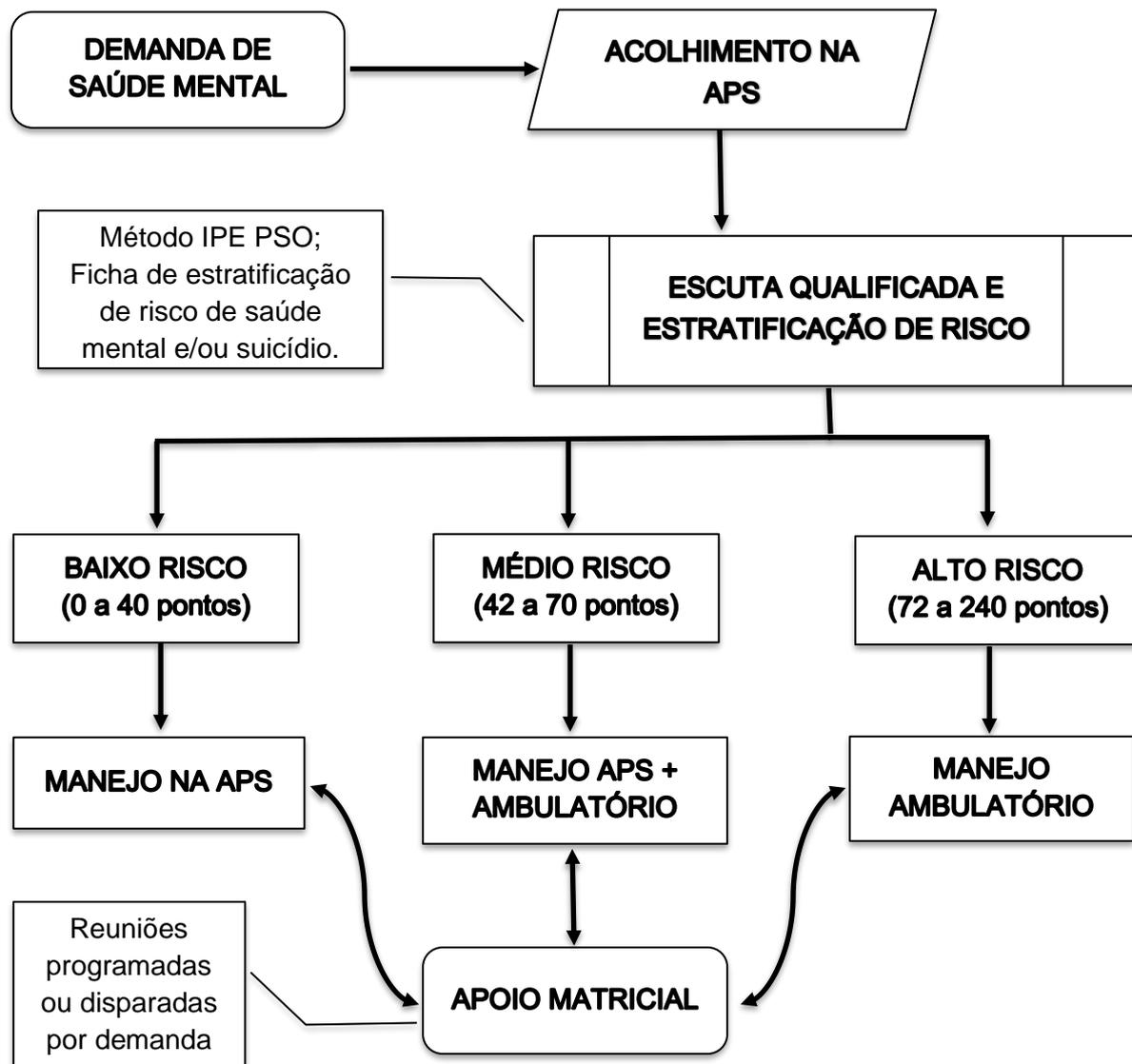
Sobre as demandas do município, aponta a instalação da indústria como um fator que sobrecarregou o município nas diferentes demandas, incluindo saúde mental. Dentre as principais dificuldades, destaca que as populações flutuantes apresentam diversos problemas com uso problemático de álcool e outras drogas, bem como problemas ansiosos, tais como insônia, crises de ansiedade e pânico, além de transtornos de humor. Porém, pontua que os mesmos problemas acontecem na população de modo geral.

Relata, ainda, dificuldades na atenção a crise, pois quando há ocorrências o pronto atendimento hospitalar apenas faz contenção química e dá alta, com uma fraca relação com ou comunicação com as demais unidades. Além disso, há problemas na inserção e alimentação das solicitações de internações psiquiátricas.

Sobre o Ambulatório, a gestão relata que há muita resistência em mudanças no modo de funcionamento. Relata que, de modo geral, foi-se instituindo com o tempo que cada profissional atende preferencialmente as demandas que mais se identifica, enquanto atende e

da vazão a fila da espera de modo geral. Discutimos sobre o papel da gestão no manejo das resistências profissionais a partir do direcionamento dos fluxos, referenciais e instrumentos que subsidiem. Discuto que para fortalecer a estratificação e cuidado na atenção primária, faz-se necessário a articulação com o ambulatório, já que é o único serviço que oferta cuidado em saúde mental do município. A partir disso foi discutido um fluxograma.

Fluxograma 1. Fluxo proposto pelo autor:



Neste mesmo dia, foi realizada reunião com o serviço de psicologia do ambulatório. Nesta reunião, foi apresentada o andamento do projeto, os conceitos e as ferramentas trabalhados até o momento, haja visto as impossibilidades de participação anteriores.

Durante a reunião, foi relatado uma situação crítica vivenciada devido a um encaminhamento não qualificado. Na ocasião, um encaminhamento realizado por uma ESF

sem informações, contendo apenas “Encaminho a Psicologia”, foi interpretado como não prioritário e ficou na fila de espera. Com o tempo para ser chamado, o usuário em questão vai até o ambulatório em crise e causa grande mal-estar no serviço e profissionais. Após essas e outras experiências e a própria insustentabilidade desse modelo de atenção, foi desenvolvida a estratégia interna de triagem da lista de espera, realizada pela equipe de Psicologia do ambulatório.

Partiu-se desta vivência para disparar reflexões sobre o ocorrido e quais seriam os fatores envolvidos e possibilidades de mudança. Discutiui-se as diferenças entre os modelos e das ferramentas trabalhadas até então, propondo aplicabilidades conforme o que foi discutido na reunião com a gestão.

Entre este terceiro encontro e o quarto encontro, houve a segunda reunião do colegiado de gestores estaduais realizada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESME) do Ministério da Saúde em Brasília, no qual os gestores de saúde mental das Secretarias de Estado de Saúde são convocados para discutir a condução da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS. Nele, em compartilhamento da experiência deste projeto com a gestão de saúde mental da SES do Paraná, foi orientado que a ficha de estratificação foi atualizada (Paraná, 2020) e há um curso EAD instrutivo para o manuseio do instrumento, além de outras orientações quanto ao cuidado em saúde mental na APS que contribuem para com este trabalho. Diante dessa mudança, esse material atualizado foi disponibilizado para a unidade de saúde do projeto de intervenção para discussão e atualização.

3.1.6. Quarto encontro

No transporte para o município, na presença da gestão de saúde, foi compartilhado uma demanda surgida na rede a partir do profissional de medicina com formação em saúde mental que manifestou interesse em prestar assistência clínica nas unidades de saúde, para além do suporte às situações de crise na unidade hospitalar que já realiza. Conforme relatado, nesta demanda há de início duas intencionalidades, uma no que se refere a ampliação dos atendimentos individuais para ampliar o acesso à consulta médica em saúde mental e outra no que tem relação com uma necessidade que este profissional tem de adquirir experiência em atendimento ambulatorial para adquirir título de especialista do órgão da classe.

Essa situação disparou diferentes reações nos profissionais da rede que diante do relato da gestão, aqui foi reunida em três categorias considerando os atores e serviços: percepções das unidades básicas de saúde, percepções do Ambulatório e percepções da gestão.

No que se refere às unidades de saúde, surgem questionamentos ambivalentes que de um lado consideram positiva a presença de um profissional mensalmente para o qual serão encaminhadas as demandas de saúde mental daquela população adstrita, mas que se contrapõem à outras percepções que questionam essa estratégia, considerando o espaço físico das unidades é limitado e que esse é um papel dos médicos generalistas das ESF.

Já no Ambulatório, surgem questões a respeito sobre qual será a relação de trabalho e de compartilhamento dos casos com o serviço de Psiquiatra desse serviço. Isso porque já há um acompanhamento longitudinal neste serviço, há uma lista de espera e foi relatado divergências segundo o processo de titulação de especialidades médicas, necessitaria supervisionar o clínico com formação em saúde mental

Neste encontro foi inicialmente abordado os relatos sobre como foi o último mês, considerando que não houve encontro com a equipe e que havia o planejamento de cuidado do caso V.L. Sobre desenvolvimento do plano, foi relatado que os encaminhamentos para Psiquiatria e Neurologia foram feitos. Sobre a avaliação Neurológica, a medicação foi mantida e foi solicitado exame de imagem de crânio. Já a avaliação Psiquiátrica levou a ajustes na medicação. A avaliação de risco para suicídio foi realizada pela equipe médica, por meio do Índice de Risco de Suicídio – IRIS (Veiga, et. al., 2014).

Em relação a oferta para participar das atividades físicas do Hiperdia, foi relatado que a usuária não quis, e a oferta de auriculoterapia não foi realizada. Entretanto, houve uma ação do “Outubro rosa” na unidade, da qual consistiu em um desfile de usuárias, atividade que ocorre a alguns anos na unidade com o objetivo de valorização da autoestima e autocuidado das mulheres. Foi relatado que V.L. participou ativamente e após o evento manifestou gratidão pela atenção e cuidado recebido, bem como melhora nos relatos e queixas frequentes que direcionava a equipe.

Foi discutido com a equipe sobre esse acontecimento, valorizando a promoção de saúde e as possibilidades de atuação no componente da atenção primária à saúde quanto ao cuidado em saúde mental. Baseado nesse evento, foi debatido sobre o papel e função do vínculo e reconhecimento da demanda dos usuários, como no caso de V.L., que não manifestou interesse

em algumas ofertas da equipe (psicoterapia, atividade física), mas participou ativamente de uma ação sobre saúde da mulher com efeitos em seu sofrimento psíquico. Ainda sobre o caso, foi feita uma reflexão sobre a medicalização e patologização do sofrimento mental e como a ACP pode contribuir para produzir o cuidado centrado no usuário, fazendo questionar as solicitações e encaminhamentos para a especialidade.

Após esse momento, foi feita uma retrospectiva do caminho realizado nos últimos meses. Foi apresentado em forma de proposições iniciais, com o intuito de fazer a problematização dos processos de trabalho, a relação entre o ideal e o real do trabalho, apontando para as possibilidades de mudança, bem como dos fluxos apresentados anteriormente e possíveis estabelecimento de ações e atribuições entre os atores da rede, conforme o que se apresentou no grupo até este momento, representado nos quadros abaixo:

Quadro 8. Proposta de possibilidades de ações

IDEAL	REAL	POSSIBILIDADES
Capacidade instalada suficiente	Capacidade instalada insuficiente	Potencializar a capacidade instalada real
Fluxo de saúde mental estabelecido e funcional	Fluxo de saúde mental pouco definido e disfuncional	Instituir fluxo de cuidado em saúde mental de forma coletiva e pactuada
Encaminhamentos qualificados	Encaminhamentos indiscriminados	Encaminhamentos qualificados e estratificados
Acolhimento e escuta bem instituídos	Acolhimento e escuta pouco definidos	Acolhimento e escuta sistematizados
Apoio matricial da rede permanente	Educação em saúde periódica	Instituir o apoio matricial e educação permanente
Compartilhamento do cuidado	Cuidado fragmentado	Cuidado compartilhado por meio do apoio matricial
Comunicação em rede resolutivo	Comunicação em rede pouco resolutivo	Ampliação da comunicação e conhecimento da rede

Quadro 9. Proposta de compartilhamento de responsabilidades

AÇÃO	RESPONSÁVEL	SEGUIMENTO
Reordenamento da fila de espera	Equipe da APS	Acolhimento, escuta e estratificação; Encaminhar segundo o risco.
Acolhimento e escuta	Equipe de Enfermagem	Encaminhamento/agendamento de ações e atividades na rede.

Estratificação de risco em saúde mental	Equipe médica	Encaminhamento dos casos médio a alto risco; Manejo clínico.
Busca ativa e compartilhamento de informação	Agente Comunitário de Saúde	Comunicação entre usuário e equipe de saúde; Acompanhamento no território.
Reuniões de apoio matricial	Equipe multiprofissional (Ambulatório e APS)	Reuniões permanentes com as equipes; Acompanhamento das demandas; Compartilhamento de casos.
Acompanhamento de casos de médio risco e alto risco	Equipe de saúde mental (Ambulatório)	Acompanhamento dos casos de médio risco; Apoio matricial em saúde mental das unidades de saúde.

Durante as discussões das atribuições, foi realizada uma atividade de simulação de itinerário terapêutico a partir de uma demanda de saúde mental que chega à unidade básica de saúde. Um dos membros da equipe se dispôs a encenar a chegada de um usuário da região e como seria o atendimento desde o balcão de recepção até o acolhimento, conduta e seguimento na rede. A cada passo era discutido como acontece na realidade do trabalho e daqueles(as) profissionais e como poderia acontecer a partir da qualificação do processo de trabalho e pactuação de um fluxo.

De modo geral, a recepção e a equipe técnica de enfermagem realizam a identificação e registro da demanda para o atendimento médico. Foi relatado que, por vezes, é possível identificar as demandas de saúde mental já no balcão ou na triagem de informarem e, quando isso ocorre, o registro do atendimento inclui essa informação e quando o(a) enfermeiro(a) e médico(a) olha no sistema, já realiza a escuta considerando os aspectos psicossociais. Quando isso não é possível, relatam que é por influência de um receio de exposição ou necessidade de só relatar na consulta médica, informando que o motivo da consulta é outro. Diante de situações em que os(as) usuários estão nitidamente com sofrimento intenso ou situação de crise, é feito um aviso direto e pessoal aos enfermeiros(as) e médicos(as) para que atenda imediatamente e a pessoa é levada para sala de observação e é acolhida enquanto espera.

Sobre o atendimento médico, uma avaliação e prescrição inicial é parte da rotina dos atendimentos, mas ainda é um desafio estratégias que deem continuidade ao cuidado. Os gargalos acontecem quando as demandas são mais complexas e envolvem determinantes sociais ou condições clínicas que extrapolam os recursos desses profissionais e equipe.

Neste ponto, duas discussões foram centrais para refletir o modelo de atenção e o processo de trabalho. Uma diz respeito a um relato de como funciona o apoio ginecológico e obstétrico de gestantes de risco. Para estas demandas, acontece um apoio remoto via contato telefônico no qual são discutidos manejos e encaminhamentos de forma contextualizada e pautada no risco e prioridades. Esse exemplo foi trabalhado a partir da perspectiva do matriciamento e quais as possibilidades de se desenvolver esse apoio e comunicação entre as unidades básicas e o ambulatório a partir das ferramentas e propostas do modelo de atenção psicossocial desenvolvidas neste projeto.

Assim, a partir da possibilidade de inserção do profissional de medicina com formação em saúde mental na rotina da rede, foi disparado o questionamento sobre qual seria o papel desse profissional e como ele poderia acontecer, considerando o compartilhamento de responsabilidades, visando a integralidade e continuidade do cuidado.

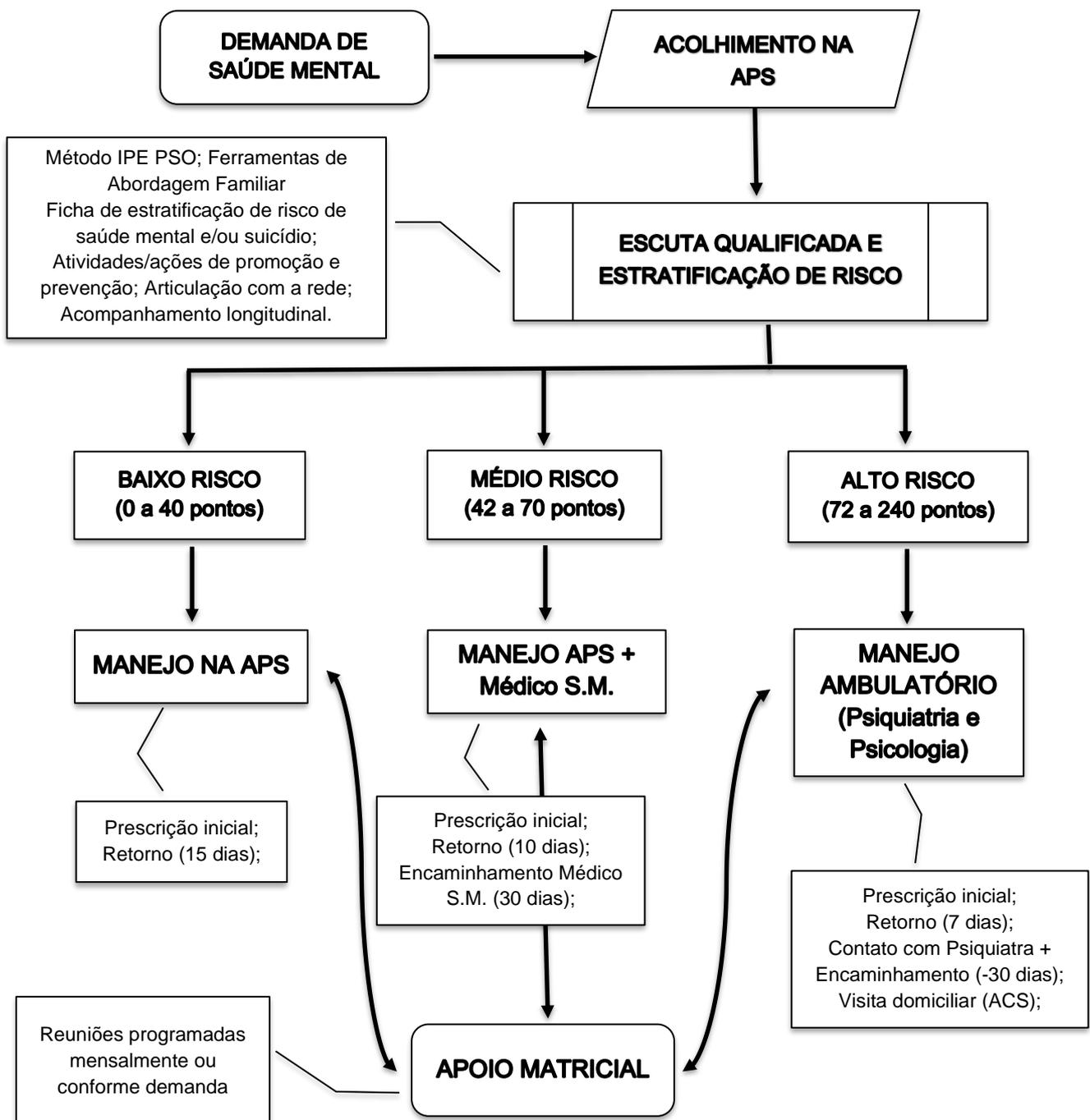
Em relação ao acompanhamento dos usuários, os(as) ACS surgem com um papel estratégico na aproximação deles com a equipe, bem como na partilha de informações sobre fatores e eventos sobre seus contextos de vida que sejam pertinentes para o planejamento do cuidado, em especial daqueles com maior gravidade. A visita domiciliar surge como uma ação estratégica para enfrentar o problema da perda de continuidade.

De modo geral, de modo transversal às questões que surgiram nesta oficina de construção de fluxos, problematizações sobre o processo de trabalho e estabelecimento coletivo de responsabilidades, a própria concepção do que são as manifestações do sofrimento, dos problemas decorrentes e de como se produz o cuidado foi debatida. Nesse sentido, a partir de uma contribuição de profissional de medicina com formação na Colômbia, o qual compartilhou uma estratégia de cuidado que envolve promover mudanças de comportamentos relacionados ao autocuidado em saúde mental de modo a fortalecer práticas diversas e orientações que empoderem os usuários e familiares, evitando a patologização e medicalização do sofrimento.

Sobre a atuação em rede para o cuidado além da consulta individual nas unidades, discutiu-se que para ampliar as possibilidades é preciso conhecer essa rede e os atores inseridos

nela, integrando a rotina a oferta de outros serviços que contribuem para a saúde mental que vão além das prescrições dos psicofármacos. Para tanto, foi orientado sobre a produção de um Mapa da Rede de amplo acesso aos profissionais e usuários, para que no momento de planejar o cuidado e articular projetos terapêuticos, saiba-se quais recursos existem na rede intra e intersectorial. Bem como na construção conjunta de orientações que fomentem o autocuidado.

Após análise das proposições, foi realizada oficina para remodelagem do fluxo e atribuições de forma coletiva e pactuada. Segue a construção do grupo, original em anexo.



4. RESULTADOS OBSERVADOS DURANTE A APÓS A INTERVENÇÃO E OS AUTORES QUE O AJUDOU A REFLETIR SOBRE A REALIDADE E MUDANÇA

Para observação dos resultados, considerou-se tanto as repercussões de cada encontro como um formulário de avaliação disponibilizado para os(as) participantes, no qual havia perguntas de sim ou não, itens em escala likert e campos abertos para respostas livres, ao todo foram 15 respostas, de 26 pessoas que estiveram ao menos em um dos encontros.

Durante as ações do projeto, desde o levantamento de informações para uma análise situacional do município, da rede e de seu funcionamento, até a escuta dos(as) profissionais sobre suas percepções acerca das demandas de saúde mental, as estratégias desenvolvidas e processos de trabalhos instituídos, foi possível observar que as questões em torno do tema da saúde mental são notoriamente reconhecidas como importantes, além de serem identificadas como um campo com fragilidades que necessita de melhorias. No formulário, houve respostas nesse sentido, tais como “...importância do acolhimento e escuta do paciente...”, “Muito necessário temos muitos pacientes precisando de apoio...” e “A importância de observar o paciente, saber o que realmente ele possa estar precisando no momento de seu atendimento”.

Todavia, a análise do processo de trabalho e fluxo da rede demonstra que apesar da identificação dos problemas e importância deles, as estratégias desenvolvidas até então seguem a estrutura e funcionamento do modelo ambulatorial. Isso se expressa pela persistência da lógica do encaminhamento, ofertas de ações e serviços individualizados, orientadas pela perspectiva das especialidades e de intervenções que visam minimizar os sinais e sintomas, predominantemente de prescrição medicamentosa ou de avaliações e intervenções psicológicas individuais.

O cuidado especializado é essencial para a efetividade e sequência à APS de forma complementar, de modo que se promova a integralidade. Porém, o SUS enfrenta o problema de uma estrutura insuficiente e muito diversa de distribuição de especialidades (Brasil, 2004 *apud* Tesser; Neto, 2017).

As especialidades, de modo geral estão organizadas em ambulatórios onde os profissionais recebem os usuários por meio de encaminhamentos sem necessariamente ter contato com as equipes de APS que referenciaram. Conseqüentemente, esse processo de trabalho ocorre de modo isolado (Mendes, 2011 *apud* Tesser; Neto, 2017) e leva a geração

desnecessária de filas de espera, dificultando o vínculo da APS com esses usuários que esperam e, numa dimensão maior, a gestão do cuidado (Tesser; Neto, 2017).

Nesse sentido, foi observado que os serviços são organizados para a produtividade quantitativa, considerando a crescente demanda exerce uma pressão por atendimentos. Por conseguinte, há um grande dispêndio de força de trabalho e carga horária na diminuição das filas de espera, em constante crescimento. Isso se expressou nos diferentes momentos em que a alta demanda de trabalho afetou o estabelecimento de agendas, a presença de alguns trabalhadores durante as ações do projeto e na instituição da estratégia de matriciamento entre os pontos da rede. Nas respostas ao formulário, isso se expressa em fala como “As propostas são muito boas, porém tem que sair do papel para a prática”, “... Falta de profissionais e espaço e tempo”, “Muitas demandas e pouco tempo para administrá-las”, além de apontarem entraves como “A comunicação”, “Alinhar todos os profissionais” e “Engajamento de todas as equipes de saúde”.

A relação entre demanda e oferta no SUS é sempre desigual, fazendo com que seja necessário desenvolver arranjos que racionalizem de forma mais eficiente a capacidade das redes de serviços. Nesse sentido, o matriciamento é uma possibilidade ao compartilhar os recursos especializados com os demais serviços de referência, além de proporcionar o estabelecimento de relações interpessoais-profissionais que ampliem as percepções e abordagens sobre o cuidado. Neste ponto, vale destacar uma questão: o desafio da relação demanda e oferta é um obstáculo para a implementação do apoio matricial, enquanto essa ferramenta é uma estratégia para combatê-lo (Gastão; Domitti, 2007).

Diante da necessidade manifesta dos trabalhadores no que se refere ao preparo e capacitação para o cuidado em saúde mental, foi possível identificar que a apropriação teórica e prática dos conceitos e ferramentas do modelo de atenção psicossocial é fundamental. Com isso, durante o planejamento e execução dos encontros e atividades do projeto, a escolha de cada referencial, ferramentas e estratégias foi pensada visando ofertar a qualificação necessária e possível para o enquadramento do projeto, no que se refere a gestão do cuidado, educação permanente em saúde, matriciamento e demais recursos utilizados no intuito de promover alguma mudança na gestão do cuidado em saúde mental com base no modelo de atenção psicossocial, com os recursos e desafios existentes no município, e respostas aponta nesse sentido “...pra funcionar tem que ter profissionais capacitados” e “Fazer com que toda equipe esteja capacitado...”.

No que se refere às ferramentas e abordagens trabalhadas, as respostas dos participantes que responderam ao formulário indicaram que 80% não conheciam a Matriz SWOT e 53,3% julgaram “muito importante” e 40% “importante” para o planejamento e gestão do cuidado. Já em relação ao matriciamento, 86,7% indicaram que não conhecia ou não havia trabalhado com a ferramenta antes do projeto e 60% “concorda totalmente” e 33,3% “concorda” que é uma ferramenta que promove melhorias no processo de cuidado e na gestão dos fluxos de saúde mental, o mesmo quanto a Abordagem Centrada na Pessoa, na qual 60% avalia como “muito importante” e 40% “importante” para atenção às demandas comuns e igualmente concordaram que o planejamento do cuidado amplia a comunicação entre as equipes e a rede. Já sobre a estratificação de risco, 66,7% consideram “muito importante” e 33,3% “importante” para a ordenação dos fluxos de cuidado.

No entanto, considerando que algumas ofertas e propostas não se efetivaram até o momento, algumas considerações são possíveis de serem feitas.

Primeiramente, no que se refere a sustentabilidade e continuidade de mudanças no processo de trabalho, apenas a oferta de conceitos, ferramentas e demais recursos por si só não garante mudanças, se não acompanhada de reflexões e condições que deem possibilidade para que novos elementos e processos de trabalho sejam instituídos. Isso foi identificado no fato de que essas ações não foram acompanhadas de estratégias pontuais que deem seguimento às propostas, tais como garantia de tempo e realização de reuniões para realizar o matriciamento, discutir o caso e os fluxos. Considerando, principalmente, que as ferramentas e abordagens não foram integradas para além do caso discutido e acompanhado pelo planejamento do cuidado.

No interior do matriciamento os diferentes profissionais atuam por meio de um conjunto de ações articuladas para intervir diante de um problema de saúde comum a todos, por mais que irão dispor de diferentes núcleos de intervenções. Isso acontece por meio da ativação de espaços de comunicação e compartilhamento entre os profissionais apoiadores e de referência (Gastão; Domitti, 2007).

Esse pode ser um reflexo do fato de que o ambulatório de especialidades não é alvo de normatização, financiamentos definidos e diretrizes operacionais claras para induzir um modelo de atenção que supere os problemas mencionados (Tesser; Neto, 2017). O mais próximo de uma assistência especializada induzida nacionalmente foi a experiência dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Brasil, 2008) e, mais recentemente, as equipes

multiprofissionais na APS (Brasil, 2023). Com isso, o financiamento desses serviços é de responsabilidade municipal, de modo que a definição dos arranjos e processos de trabalho também fiquem a encargo do município, seja no interior dos serviços ou da gestão.

Soma-se a isso questões em torno das relações e percepções sobre o trabalho que estão instituídas nos serviços e na gestão. Nas equipes, a compreensão de que os(as) profissionais das unidades básicas de saúde não reconhecem as demandas de saúde mental convive com uma incipiente partilha do cuidado pela especialidade, reproduzindo discursos e práticas que naturalizam essas relações. Já na gestão, a percepção de que as mudanças dependem dos trabalhadores reduz o potencial institucional de se traçar diretrizes orientadoras sobre o trabalho, de acompanhamento e diálogo com a rede.

Considerando que as organizações de saúde tradicionalmente se estruturam com organização de poder, a inserção de práticas que redistribuem o poder requer uma ampla reformulação institucional e conceitual, pois “o método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de um grau de co-gestão ou de democracia institucional” (Gastão; Domitti, 2007, p. 404).

Gastão e Domitti (2007) indicam que é preciso delimitar o papel de cada ponto da rede e de cada profissional de forma esclarecida, em especial quais as atribuições da equipe que realiza o cuidado longitudinal e, por outro lado, quem serão os apoios e como será desenvolvido o matriciamento. Porém, a estrutura de organização dos serviços ambulatoriais são um desafio para instituir essa prática, pois:

Verifica-se na área da saúde que a construção de unidades de gestão obedece antes de tudo à lógica corporativa e das profissões [...]. Em áreas-meio, em geral, observa-se uma agregação maior, identificando-se unidades de gestão recortadas segundo funções [...]. No entanto, nos departamentos voltados diretamente a atenção ao usuário, encontra-se departamentos de enfermagem, de ortopedia, de psiquiatria, infectologia, etc. (Gastão; Domitti, 2007, p. 403).

A disposição das relações nos níveis de gestão do cuidado na rede deste município é determinante para o resultado que se apresenta. Haja visto que este projeto buscou intervir a partir das dimensões profissional e sistêmica da gestão do cuidado (Cecilio, 2011), foi evidenciado que as relações e percepções profissionais estabelecidas entre esses níveis se influenciam mutuamente para que no nível organizacional expresse os desafios e entraves apresentados. Isso também é reflexo do vazio normativo em torno da atenção ambulatorial no SUS, apontando para fatores relacionados ao nível de gestão nacional.

Estes acontecimentos destacam que fazer a gestão do cuidado em saúde mental e a construção de estratégias de estratificação e matriciamento conforme o modelo de atenção psicossocial não é linear. O processo de construção desse modelo passa por diferentes contribuições, diferentes experiências, requer contextualização para os diferentes territórios e pactuações para mudar dinâmicas relacionais e estruturais de uma rede. Foi possível identificar que há um potencial de gestão e cuidado em saúde mental não reconhecido no município. Que os recursos existentes têm condições de produzir uma resposta mais efetiva para as demandas e problemas identificados.

Defende-se que na dinâmica de forças dispostas nesta dada realidade, para que se produza mudanças mais expressivas e contínuas, faz-se necessário um investimento de gestão local com o apoio da gestão estadual para construir diretrizes operacionais para a atenção ambulatorial, pois esse vazio normativo fecha o campo e perpetua o modelo tradicional. A gestão estadual tem um papel fundamental em provocar processos colaborativos com a gestão municipal, mas sem ela o alcance das ações e o impacto real na qualidade da assistência e capacidade de resposta da rede é reduzida.

Em suma, os resultados apresentados até a entrega deste trabalho evidenciam que mudanças expressivas no modelo de atenção do município são afetadas por níveis de governabilidades que extrapolam os níveis de gestão do cuidado elegidas para a intervenção, além de que se faz necessário maior tempo e frequência de acompanhamento, para além dos fatores já discutidos anteriormente.

Apesar de não se ter instituído o que se pretendia, ressalta-se que proporcionar o espaço de trabalho por meio do processo de educação permanente produziu mudanças no modo de se olhar, compreender e promover o cuidado daquela equipe, além de transformar o modo de trabalho do próprio autor.

5. IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO E A VIDA

A formação e a experiência com o projeto de intervenção promoveram mudanças significativas em relação ao mal-estar do trabalho de gestão estadual da RAPS. O escopo de

problemas e necessidades a âmbito estadual são complexas e muito diversas. O anseio inicial de se realizar mudanças contundentes foi transformado em habilidades de análise crítica de cada contexto e maior flexibilidade para dialogar e realizar proposições de modo compartilhado e contextualizado.

Os processos grupais e coletivos de aprendizagem, de partilha de saberes, experiências e vivências contribuiu com o desenvolvimento do olhar singularizado sobre os fatores que determinam os modelos de atenção das redes e das relações em seu interior. Com isso, contribuiu com a desconstrução de estigmas em torno das práticas e discursos que naturalizam os problemas e desafios da RAPS.

A aprendizagem com as metodologias ativas e demais recursos durante a formação proporcionou condições de se multiplicar essas práticas, tornando o trabalho mais produtivo e significativo. A ação-reflexão-ação sobre a realidade do trabalho passou a ser parte do cotidiano do trabalho e isso ampliou as habilidades de relações de trabalho antes incipientes. Isto é, para além do alcance das ações e dos alcançados, que dependem de uma ampla gama de fatores que escaparam à governabilidade do autor, esse foi impactado pelo processo de intervenção.

Da análise da realidade do trabalho, aos primeiros delineamentos de um objeto da intervenção, primeiros contatos e leituras até a finalização deste trabalho, o autor fez um percurso de formação-ação transformador.

Desde os primeiros contatos com experiências existentes e partilha com outros gestores, como no contato com a gestão estadual do Mato Grosso, as pesquisas por referências e ferramentas que auxiliassem dialogar com a realidade, como no contato com a gestão estadual do Paraná em Brasília, proporcionaram contato com experiências e perspectivas que contribuíram e construíram para com o trabalho realizado junto à equipe de saúde e a gestão do município desta intervenção. Para tanto, o autor circulou e articulou diferentes referenciais e habilidades de gestão que potencializaram os encontros com as equipes de saúde na busca pela implementação e efetivação do modelo de atenção psicossocial.

Numa dimensão mais ampla, a percepção sobre a Reforma Psiquiátrica ganhou contornos mais nítidos e com caminhos e possibilidades mais bem delimitados. No cotidiano, trabalhar com a convivência dos modelos de atenção manicomial/ambulatorial e da atenção psicossocial ainda é um desafio, mas as condições pessoais e profissionais de enfrentamento foram ampliadas com a experiência na formação.

6. EXPECTATIVA DA CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO APÓS O TÉRMINO DA FORMAÇÃO

Até o momento de redação deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foi possível desenvolver o Projeto de Intervenção (PI) até a construção coletiva de um fluxo a partir da experiência e processo de trabalho entre a ESF participante e o Ambulatório.

Para a continuidade da intervenção, conforme pactuado com a gestão municipal, o trabalho realizado com a equipe e esse produto será compartilhado com o restante da rede e demais gestores de saúde e gerentes de serviços, a fim de submeter o fluxo e ferramentas utilizadas à apreciação da rede e estender o processo de trabalho e acompanhamento para as demais equipes. A ampliação do projeto para a rede possivelmente levará a remodelação do fluxo, haja visto que a proporção será maior, bem como as necessidades de revisão da proposta.

Com isso, considera-se que a promoção de um diferente modelo de atenção e gestão do cuidado em saúde mental levará às resistências e encontrará desafios conforma os resultados apresentados. Diante disso, será proposto que esse fluxo e ferramentas de cuidado sejam instituídos e publicados em forma de normativa técnica do município, a fim de proporcionar maior sustentabilidade para as orientações e diretrizes para esse município e assim referenciar a implementação do modelo de atenção psicossocial nos demais municípios de pequeno porte de Mato Grosso do Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS PARA APOIO À INTERVENÇÃO

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília – DF: 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília – DF, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 399-407. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt>.

CHIAVERINI, D. H.; *et. al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.; NETO, P. M. R. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. **Espaço para saúde**. v. 22, n. 805, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/download/805/647/2727>.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1455-1461, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GQ4qsFGjPND9FQjxVgJN47Q/abstract/?lang=pt>.

LIMA, M. C.; GONÇALVES, T. R. Apoio Matricial como Estratégia de Ordenação do Cuidado em Saúde Mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbPxDCccZBRWWNPmmpXNPst/?lang=pt>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. MI-mhGAP: Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília – DF, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde – SESA. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde – DAV. Coordenadoria de Atenção à Saúde – COAS. Divisão de Atenção à Saúde Mental – DVSAM, Estratificação de risco em saúde mental. Paraná, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental>.

PARANÁ. Secretária de Estado de Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS: Formação e qualificação do profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8: saúde mental, 2014.

REZENDE, J. N.; *et. al.* A educação permanente como instrumento para o matriciamento em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-21. 2020. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11201>.

SARZANA, M. B. G.; *et. al.* Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e-1144, 2018. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1287>.

SILVA, N. S. S.; *et. al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto e contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1142-1151, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Lqf8JDc33CdMRdsyphmgyRm/>.

SOUZA, W. R.; ALVARENGA, P. A. V. Matriciamento na atenção primária: uma nova lógica no acesso em saúde mental. *In:* CAVALCANTI, S. A. U. (Org.). **A pesquisa em saúde: desafios atuais e perspectivas futuras**. Ponta Grossa – PR: Atena, 2023. Disponível em:

<https://www.arenaeditora.com.br/catalogo/ebook/a-pesquisa-em-saude-desafios-atuais-e-perspectivas-futuras>.

TESSER, C. D.; NETO, P. P. A atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgf/?format=pdf&lang=pt>.

VEIGA, F. A., *et. al.* ÍRIS: um novo índice de avaliação do risco de suicídio. **Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 2, p. 65-72, 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61498596.pdf>.

ANEXO

Matriz 1 feita pela equipe de saúde

<p>Forças</p> <p>Acolhimento escuta orientação</p>	<p>Fraquezas</p> <p>falta de medicações demora no atendimento (Especialista, falta de profissional alta demanda divergência de informações paciente resistente</p>
<p>Oportunidade</p> <p>busca de recato encaminhamento procedimento reuniões de equipe</p>	<p>Ameaça</p> <p>alta demanda população flutuante divergência de informações paciente resistente</p>

Matriz 2 feita pela equipe de saúde

<p>F</p> <p>Acolhimento Equipe integrada Articulação com a Rede qualidade no suporte e no atendimento</p>	<p>F</p> <p>Falta de profissionais Falta de suporte hospitalar para manejo grave. Falta de um CAPS</p>
<p>O</p> <p>Ampliar comunicação entre as unidades e a equipe de saúde mental Ampliar capacitação Criação de um CAPS</p>	<p>A</p> <p>Falta de assistência e suporte para os profissionais Falta de profissional</p>

Matriz final elaborada coletivamente pela equipe de saúde

<p>FORÇAS</p> <p>Acolhimento Articulação com a Rede Escuta Orientação Comprometimento</p>	<p>FRAQUEZAS</p> <p>Demora no atendimento S.M. Divergência de info. Resistência dos ptes. Acompanhamento e continuidade</p>
<p>OPORTUNIDADE</p> <p>Apoio com capacitação e gestão Ampliar comunicação e reuniões de equipe Abordagem e manejo com usuário e família</p>	<p>AMEAÇA</p> <p>Falta de apoio técnico ao profissional Divergência de informações Apoio à gestão</p>

Plano de cuidado: estudo de caso V.L. – parte 1

Ampliação

V.L., 64 a, mora sozinha; hipertensão, epilepsia, alta colesterol, toma carbamazepina e fenitoim; cuidou de uma sobrinha com autismo por mais de 20 anos e hoje B. está institucionalizada e hoje sofre por não ser mais a cuidadora de B. Após isso, sentiu impactos financeiros que a deixam muito preocupada e entediada, pois depende de ajuda. Apresentou humor deprimido e alteração das ATV. diárias, com melhora quando tem notícias de B. Tem sido acompanhada pela ESF e foi atendida no plantão psicológico, mas ainda não tem acompanhamento psiquiátrico próprio. A equipe avalia a necessidade de ni. de risco de suicídio. Avaliam também a possibilidade de articulação interdisciplinar e apoiar pessoas que ela tem vínculo.

AÇÃO	Responsável	Prazo
Reunião de apoio multidisciplinar (Revisão no ATS)	Ambulatório/ESF	20-30 dias (30 min - 1h)

Plano de cuidado: estudo de caso V.L. – parte 2

AÇÃO	Responsável	PRAZO
Av. Psiquiatria Neurologista	Dr. [REDACTED] [REDACTED]	(encaminhamento) ↓ semana/ (consulta) ↓ mês
At. físico de Suécio • c. Suécio Mental	Dr. [REDACTED] [REDACTED]	↓ semana
Acionar o GRAS	[REDACTED]	↓ semana
Oferta de Nutrição e/ou Atv. Física / Hipod. DIA	[REDACTED]	↓ semana