



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

YTHALA DE ARAÚJO SANTOS

**FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE -MS**

CAMPO GRANDE-MS

2025

YTHALA DE ARAÚJO SANTOS

**FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM CAMPO GRANDE -MS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como item obrigatório para a conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do tutor Dr. Fernando Ferrari na modalidade de projeto de intervenção.

CAMPO GRANDE – MS

2025

*A mim mesma, pela dedicação e resiliência. E a Deus,
por tudo.*

Agradeço ao meu esposo, por seu contínuo incentivo e apoio ao longo deste período. À psiquiatra e profissional ímpar, Ana Carolina Ametlla Guimarães, por me apresentar uma prática de saúde mental humanizada e digna para os que mais precisam, reforçando que a Luta Antimanicomial é constante. Agradeço também à minha chefe, Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, grande exemplo de enfermeira, gestora e defensora do SUS, por ter me proporcionado a oportunidade de realizar esta pós-graduação.

*“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido:
Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”*

Nise da Silveira

Divino, maravilhoso

Canção de Gal Costa • 1969

Atenção ao dobrar uma esquina
Uma alegria, atenção, menina
Você vem, quantos anos você tem?
Atenção, precisa ter olhos firmes
Pra este sol, para esta escuridão

Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino, maravilhoso
Atenção para o refrão, uau!

É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte

Atenção para a estrofe e pro refrão
Pro palavrão, para a palavra de ordem
Atenção para o samba exaltação

Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino, maravilhoso
Atenção para o refrão, uau!

É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte

Atenção para as janelas no alto
Atenção ao pisar o asfalto, o manguê
Atenção para o sangue sobre o chão

É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte

Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino, maravilhoso
Atenção para o refrão, uau!



Figura 1- Caminhada da Luta Antimanicomial em 2024.



Figura 2- Leonete Assist. Social da RAPS, ativista na Luta, defensora da Saúde Mental e do SUS.



Figura 3 Morador da RT Moinhos de Vento na Caminhada da Luta Antimanicomial de 2023.



Figura 4 Morador da RT Dom Quixote.



Figura 1: Paulo Amarante, Psiquiatra, Doutor em Saúde Pública e um dos Pioneiros do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, também reconhecido como principal mentor da Rede Latinoamericana de Direitos Humanos e Saúde Mental, presente no XXXVI Congresso CONASEMS em julho de 2022 em Campo Grande - MS.



Figura 2 Em 2021 evento promovido pela CRAP para os profissionais da RAPS.



Ana Carolina Ametlla, ex coordenadora da RAPS de CG, 2022.

Na figura abaixo: Equipe da CRAP, Moradores das RTs, pacientes, serviços e profissionais entre os anos de 2021 a 2023.



RESUMO

Santos, Ythala de Araújo. Fortalecendo a Atenção Primária à Saúde: Estratégias para o Cuidado em Saúde Mental em Campo Grande – MS. Campo Grande, 2025. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2025.

O Projeto de Intervenção (PI) aborda a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O trabalho destaca a relevância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para capacitar profissionais e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O estudo surge da observação do aumento no número de encaminhamentos de pacientes com sofrimento mental da APS para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatórios de Saúde Mental, muitas vezes sem o acolhimento ou atendimento adequado na APS. O objetivo geral do projeto é construir conhecimento na equipe da APS e identificar as fragilidades no cuidado e na regulação de pessoas em sofrimento ou transtorno mental. Os objetivos específicos incluem fortalecer o fluxo da rede, capacitar a equipe da APS, promover o conhecimento em Saúde Mental e efetivar a APS como ordenadora do cuidado. O percurso das ações envolveu a análise de dados de demanda reprimida de encaminhamentos para psiquiatria e psicologia, reuniões com superintendências e coordenadorias de saúde, além da apresentação do projeto em Unidades de Saúde da Família (USF). A estratégia de intervenção planejada consiste em dinâmicas e rodas de conversa para identificar o conhecimento e as dificuldades dos profissionais da APS sobre a RAPS e Saúde Mental. O trabalho apresenta dados sobre a estrutura da APS e da RAPS em Campo Grande, MS. As fragilidades identificadas no atendimento em saúde mental incluem a dificuldade no manejo de pacientes em situação aguda e complexa, falhas na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desafios na adesão ao tratamento e construção de vínculo terapêutico, problemas na implementação efetiva do matriciamento, carências de recursos humanos e estruturais, necessidade de maior capacitação em manejo medicamentoso e abordagens não farmacológicas, e lacunas na integralidade do cuidado e suporte familiar. As fortalezas indicam que, apesar dos desafios, existem boas práticas e um esforço por parte das equipes em oferecer um cuidado de qualidade. A valorização do trabalho em equipe, do matriciamento (mesmo que com desafios na sua efetividade), das abordagens não farmacológicas e da busca ativa demonstra o compromisso com a integralidade e a continuidade do cuidado. O projeto reforça a importância de mais profissionais se dedicarem ao estudo da

Saúde Mental e do SUS para aprimorar a qualidade do atendimento. O estudo sugere que, ao capacitar os profissionais da APS e ao identificar e trabalhar as fragilidades na articulação da RAPS, o cuidado longitudinal dos pacientes com transtornos mentais pode ser incentivado e aprimorado. A efetivação da APS como ordenadora do cuidado é crucial para garantir a integralidade da atenção e evitar encaminhamentos desnecessários para serviços de maior complexidade, como as UPAs e CRS.

Descritores: Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Transtornos Mentais.

SUMÁRIO

1. IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL	10
.....	
2. INTRODUÇÃO	11
3. OBJETIVOS	31
3.1. Objetivo geral	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. PERCURSO DAS AÇÕES	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1. Análise	35
5.2. Discussão	38
6. IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. IMPACTO DA PÓS-GRADUAÇÃO NA MINHA VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL

A jornada da pós-graduação representou um período de significativo crescimento e aprendizado, deixando um sentimento de gratidão e, inevitavelmente, de saudade. A dinâmica dos encontros mensais e a proximidade estabelecida com o grupo, facilitada pelo tamanho da turma, permitiram uma rica troca de experiências e um processo contínuo de desenvolvimento ao longo do curso.

Minha trajetória pessoal e profissional foi profundamente impactada por esta especialização. Iniciei a Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser com a expectativa de aprofundar conhecimentos em uma área tão relevante. Ao concluir, percebo uma notável evolução, especialmente no âmbito profissional. Esta formação me capacitou a ter uma visão mais abrangente e aprofundada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em particular, da Saúde Mental. O embasamento teórico e prático adquirido confere maior propriedade para debater e defender os princípios da Luta Antimanicomial, que assegura a dignidade, o direito e a integralidade do atendimento ao paciente em sofrimento mental, promovendo a liberdade em seu cuidado. Além do aprofundamento técnico, houve uma evolução pessoal notável na capacidade de articulação e na relação com o grupo, sempre buscando respeitar diferentes perspectivas, um desafio particularmente relevante para o manejo da ansiedade.

A experiência também proporcionou uma compreensão mais aprofundada da complexidade do sistema de saúde regional, incluindo seus desafios de gestão, planejamento e financiamento, evidenciando a contínua necessidade de luta e aprimoramento, como Enfermeira e atuante na gestão tudo isso foi primordial. A convivência com profissionais altamente capacitados e engajados com o SUS, oriundos da ESP e de diversas localidades de Mato Grosso do Sul, foi um privilégio e uma fonte valiosa de aprendizado, enriquecendo minha bagagem profissional e formando novas e importantes conexões.

Almejo, no futuro, poder contribuir de forma efetiva para a Saúde Mental de Campo Grande, aplicando o conhecimento e as habilidades adquiridas nesta pós-graduação. Acredito firmemente na importância de mais profissionais se dedicarem ao estudo da Saúde Mental e do SUS, visando aprimorar a qualidade do atendimento oferecido àqueles que mais necessitam.

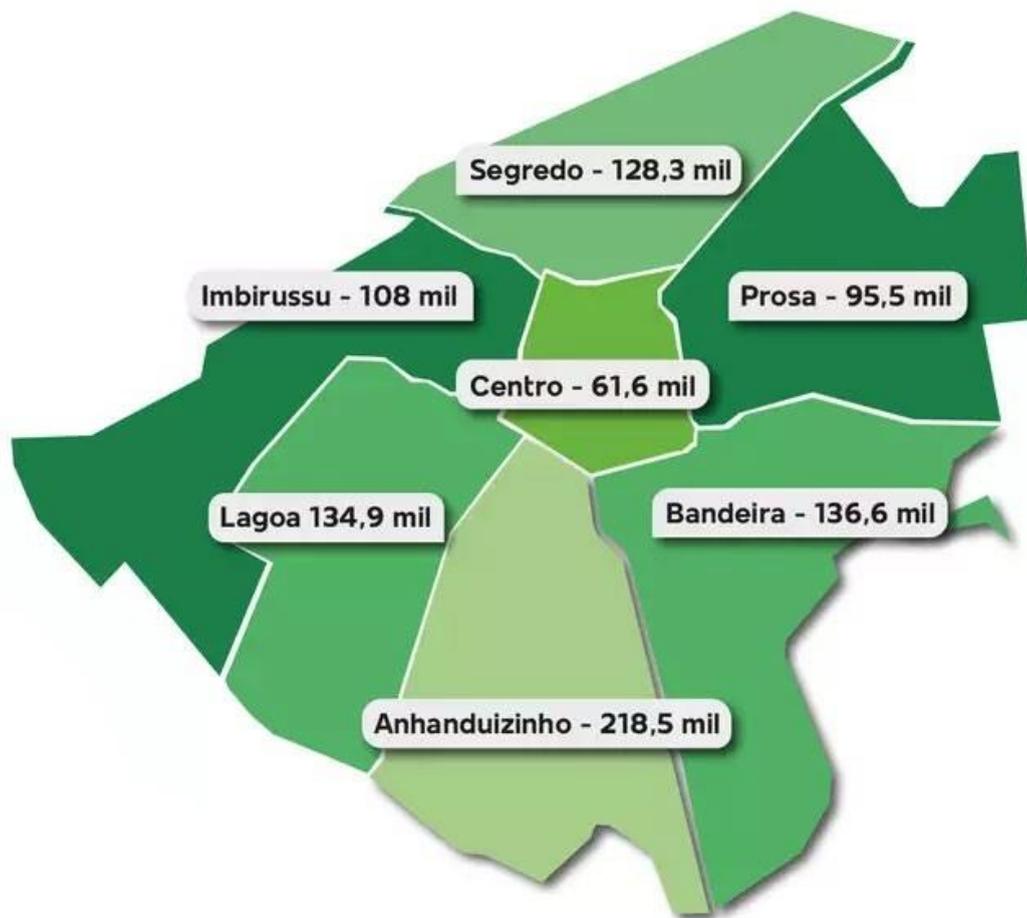
2. INTRODUÇÃO

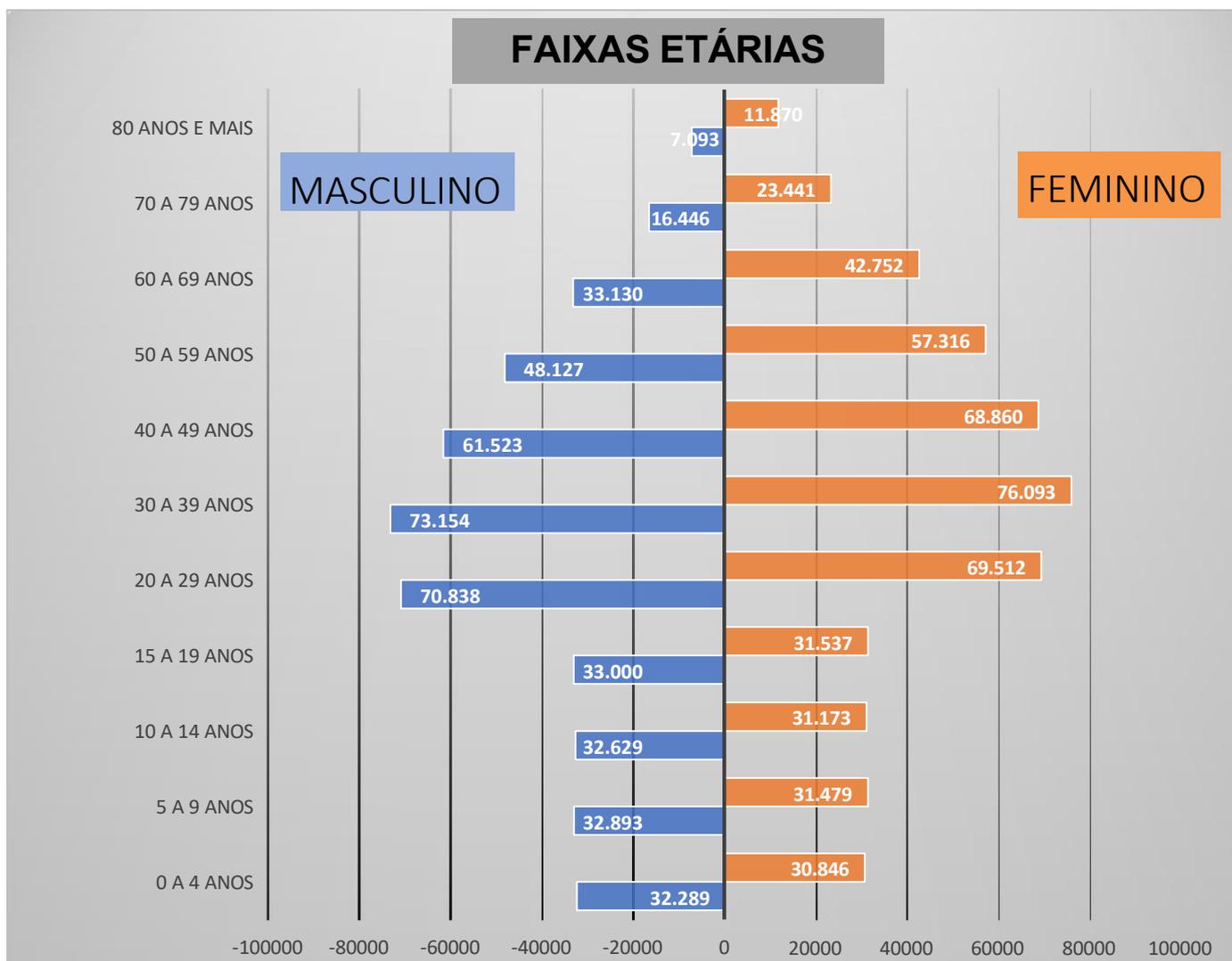
O município de Campo Grande, com 8.082,98 km², está localizado geograficamente na porção central de Mato Grosso do Sul, ocupando 2,26% da área total do Estado. Possui uma População de 898.100 Habitantes, Densidade Populacional: 111,11 Hab./Km²

Tabela 1 - Área territorial oficial – Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Unidade da federação	Área (km ²)
Mato Grosso do Sul	357.147,99
Campo Grande	8.082,98

Fonte: IBGE - Censo Demográfico. Elaboração Planurb. Acesso em 27.07.2023.





Fonte: DIGISUS Gestor / Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)

Data da consulta: Dados preliminares em 12/02/2025.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), são responsáveis pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), presente na reformulação

da PNAB em 2017, na portaria 2423 de 21/09/2017 define como estratégia para a organização do SUS.

A PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Portaria foi revista em 2011 por meio da portaria 2488 de 21/10/2011, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é por definição o primeiro acesso do paciente dentro de uma rede de assistência. Além de dar resposta à maioria dos agravos mais prevalentes na população que assiste, atua como aquele que ordena o acesso para os demais pontos de atenção.

Os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatório e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Dentro da rede municipal de saúde as Unidades de Saúde da Família (USF) se encontram distribuídas nos diversos bairros e regiões da cidade, fazendo-se especialmente presente nas áreas mais periféricas e vulneráveis. O trânsito dos pacientes da APS para outros níveis de atenção da rede se dá através de dois sistemas de regulação: os casos de urgência que se destinem as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Centros Regionais de Saúde (CRS) e hospitais são regulados via Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); os casos destinados à atenção especializada são inseridos e regulados através do sistema SISREG, abrangendo consultas, procedimentos e exames diagnósticos.

Segundo Mendes 2011, as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação

cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade – , com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

As RAS têm como objetivo melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS, define rede de atenção à saúde como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado* (BRASIL, 2010). A integralidade

(...) é um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso à atenção à saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral (BRASIL, 2008, p. 62).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (MENDES, 2011).

a RAS é uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

Para Kuschnir R, Chorny AH., 2010, os sistemas nacionais de saúde operam redes com

populações definidas geograficamente porque saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses.

Visando promover a integração regional das redes de atenção, por meio da reorganização territorial dos Distritos Sanitários com vistas ao reordenamento e reconhecimento das especificidades das diferentes bases regionais, foi proposto um novo dimensionamento no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, levando em consideração os elementos como: a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas.

Conforme o novo dimensionamento o município é composto por 07 Distritos, e sua a nomenclatura segue as regiões urbanas:

1. Distrito Sanitário da Região Prosa;
2. Distrito Sanitário da Região Segredo;
3. Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho;
4. Distrito Sanitário da Região Imbirussu;
5. Distrito Sanitário Região do Bandeira;
6. Distrito Sanitário da Região da Lagoa;
7. Distrito Sanitário da Região Centro;

O município de Campo Grande- MS possui em sua rede serviços de APS, média e alta complexidade de rede própria e/ou através de contratos/convênios com estabelecimentos de saúde, em complementariedade aos serviços da rede.

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool - CAPS é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS constituindo-se em serviço aberto de base comunitária que funciona segundo a lógica do território, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: as unidades de APS, E-mult, Equipes Prisionais, Equipe de Consultório na Rua, as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, Serviços de Urgência/Emergência, os Centros de Convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Funciona segundo a lógica do território atendendo toda a população, todo usuário que chega nestes serviços passa por uma equipe de acolhimento com escuta qualificada.

Os profissionais que fazem este acolhimento identificam se o usuário necessita ser acompanhado neste tipo de serviço ou ser referenciado para a área de abrangência de sua residência Unidade de Saúde da Família (USF). As equipes de Atenção Primária também podem referenciar os pacientes ao CAPS.

A atual estrutura da Rede de Atenção Psicossocial no município é composta por:

- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas AD IV com 20 leitos de acolhimento, atende as Regiões de Saúde Centro, Prosa, Bandeira e Prosa;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas AD III, atende as Regiões de Saúde Lagoa, Imbirussu e Anhanduizinho;
- ◆ 01 Unidade de Acolhimento Adulto com 15 leitos de acolhimento;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil III, atende todo o município, 08 leitos de acolhimento;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Margarida, atende as Regiões de Saúde Prosa e Bandeira, com 10 leitos de acolhimento;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida, atende as Regiões de Saúde Imbirussu e Lagoa, com 08 leitos de acolhimento;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho, atende toda a Região de Saúde Anhanduizinho, com 10 leitos de acolhimento;
- ◆ 01 Centro de Atenção Psicossocial II Afrodite Doris Contis, atende as Regiões de Saúde Centro e Segredo, com 10 leitos de acolhimento;
- ◆ 04 Residências Terapêuticas tipo II com 10 moradores em cada:
 - Residência Terapêutica Moinhos de Vento;
 - Residência Terapêutica Miguel de Cervantes;
 - Residência Terapêutica Dom Quixote e
 - Residência Terapêutica Dulcinéia de Toboso.
- ◆ 01 Ambulatório de Saúde Mental com 02 equipes multiprofissional tipo III, atendimento ambulatorial agendado através do SISREG (psiquiatria e psicologia).
- ◆ 01 Residência Multiprofissional em Saúde Mental (psicologia, serviço social e enfermagem);



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

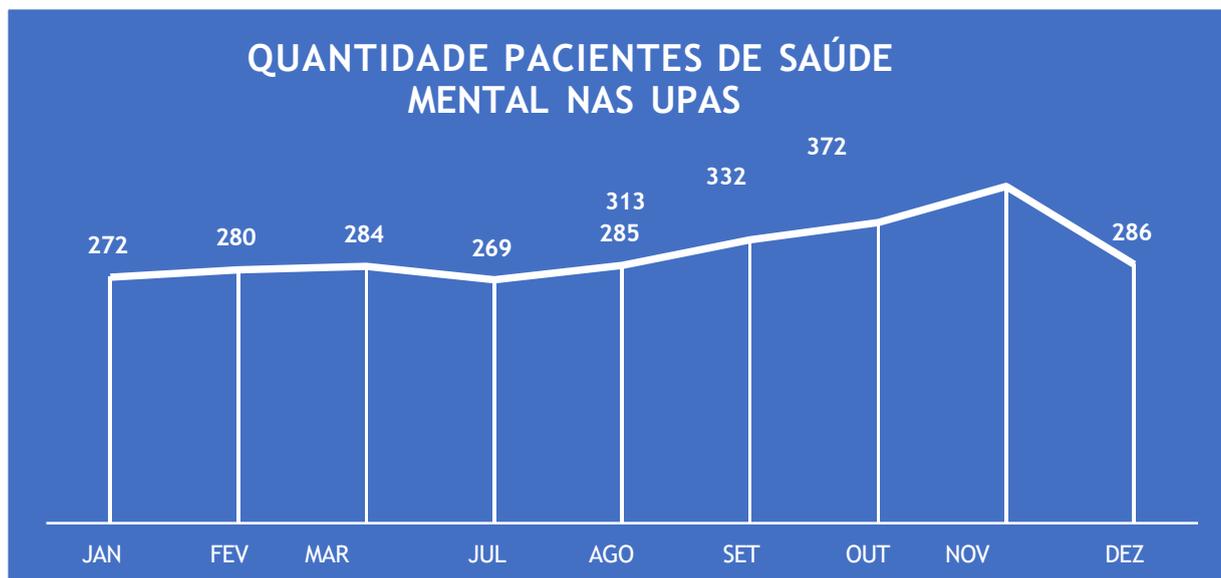
- ♦ 01 Residência Médica em Psiquiatria;
- ♦ 01 Equipe Reguladora de Fluxo da Psiquiatria;
- ♦ 01 Equipe de transporte em Saúde Mental.

O quadro abaixo ilustra a localização dos CAPS nas 7 regiões do município.



Para conhecimento e análise, abaixo temos o relatório de atendimento dos pacientes com transtorno mental nas Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24H e Centros Regionais de Saúde - CRS no ano de 2024, elaborado pela Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial – CRAP.

2.1 RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS DA RAPS NAS UPAS e CRS– ANO DE 2024

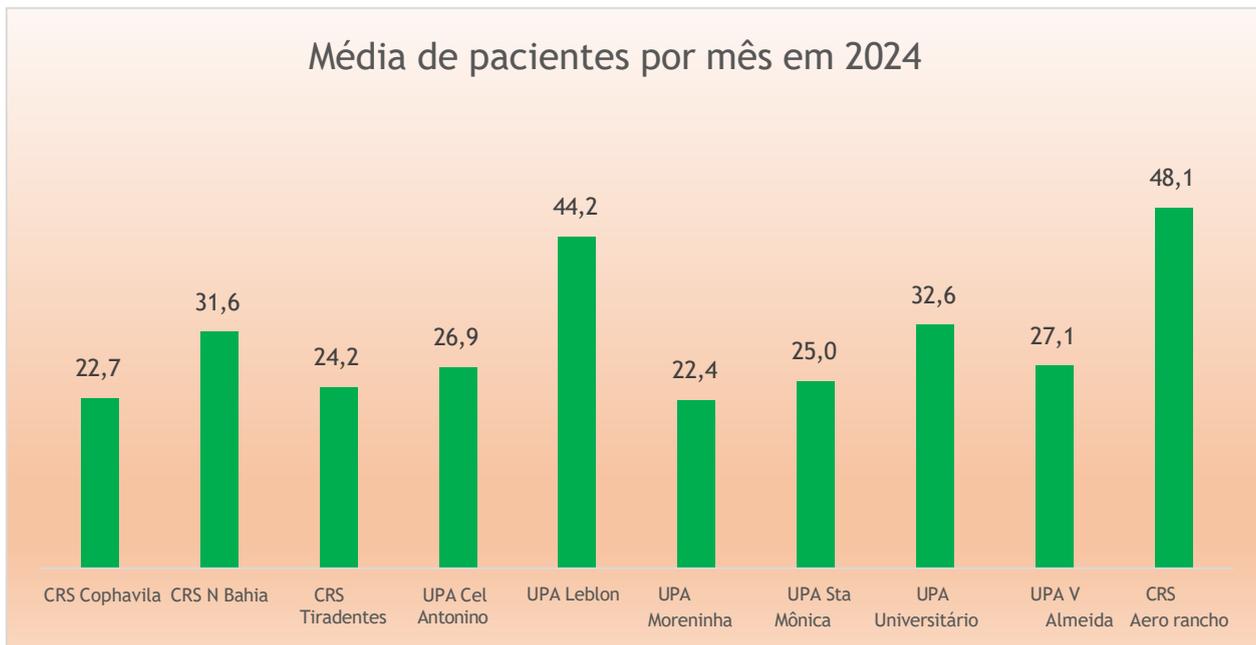


2.1.1 Número de Pacientes Atendidos por UPA e CRS

Verificamos um aumento exponencial de pacientes atendidos na RUE em saúde mental a partir de julho até o mês de novembro, em dezembro, os índices voltaram ao comportamento do primeiro semestre de 2024.

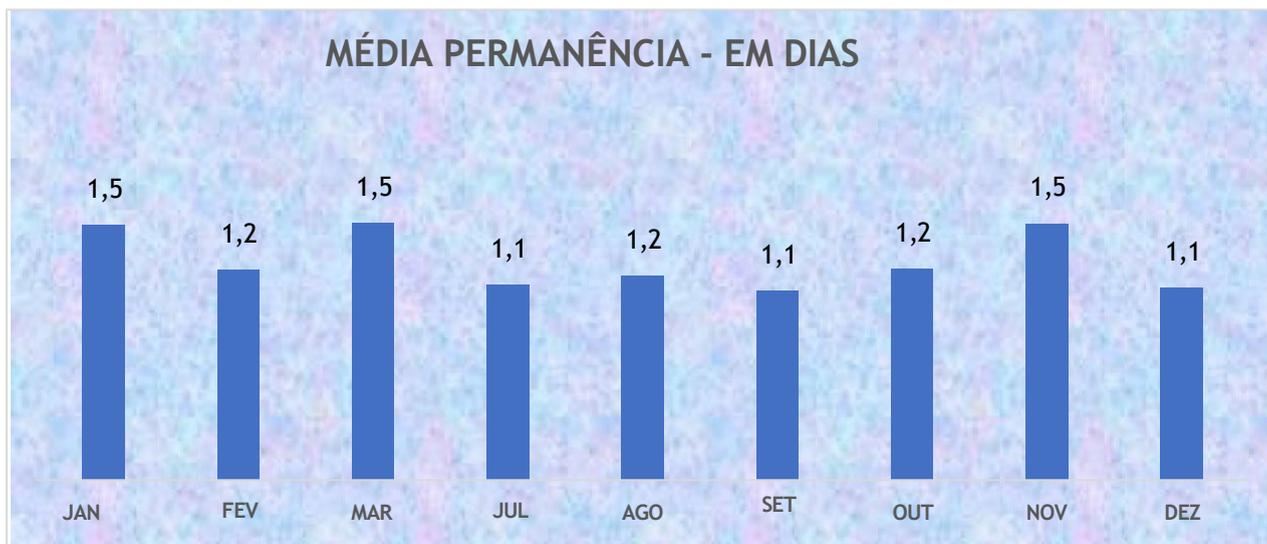
UNIDADE	JAN	FEV	MAR	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CRS Aerorrancho	51	46	48	60	37	55	38	58	40
CRS Cophavila	20	19	29	20	25	19	29	24	19
CRS Nova Bahia	19	38	25	34	38	29	36	37	28
CRS Tiradentes	39	29	26	13	19	19	27	26	20
UPA Coronel	24	27	28	16	24	28	32	24	39
UPA Leblon	41	47	42	32	33	49	62	59	33
UPA Moreninha	16	16	18	23	17	29	24	33	26
UPA Santa Mônica	10	13	20	17	27	25	20	22	21
UPA Universitário	32	33	31	33	35	28	29	37	35
UPA Vila Almeida	20	12	17	21	30	32	35	52	25
Total	272	280	284	269	285	313	333	372	286

Fonte: Censo dos pacientes da RAPS nas UPAS - SESAU

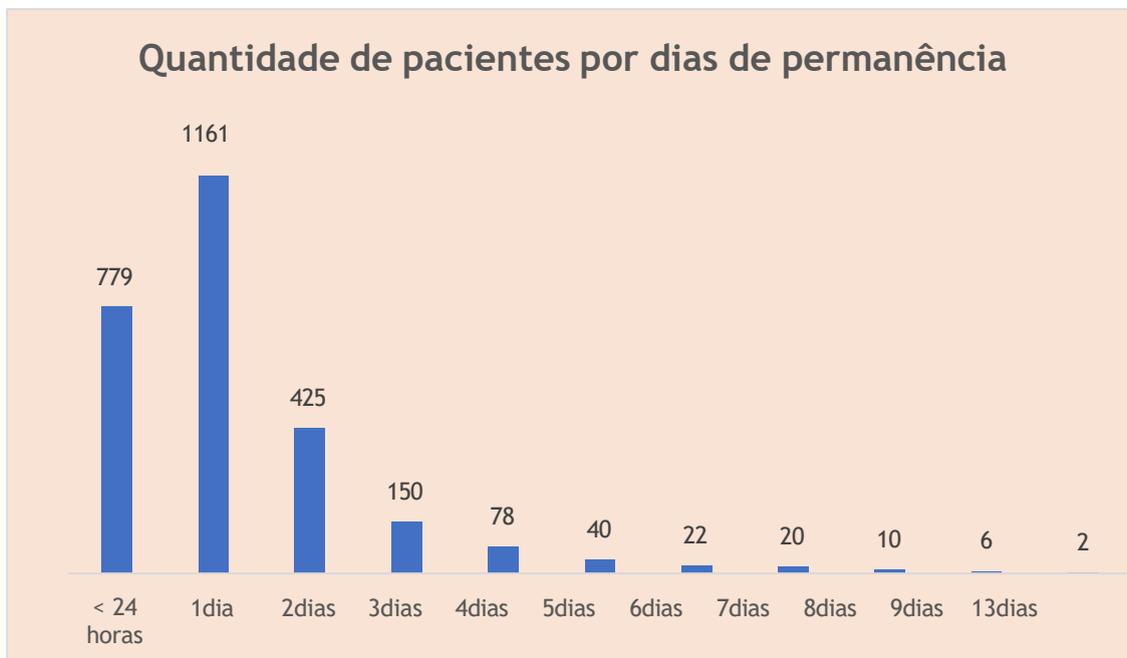


2.1.2 Permanência

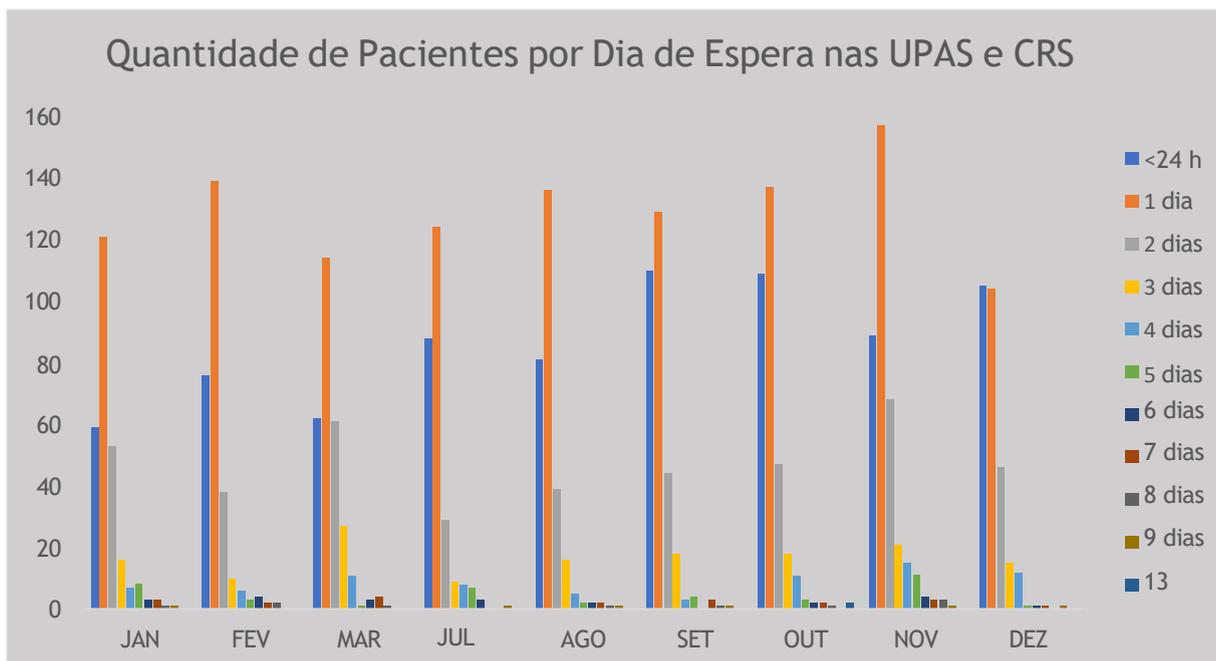
A média de permanência reflete a soma de todos os dias de espera no ano de 2024, dividido pelo número de pacientes.



No gráfico da tabela abaixo encontram-se separados por meses o quantitativo de pacientes por tempo de espera:



	< 24 h	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias	8 dias	9 dias	13 dias
JAN	59	121	53	16	7	8	3	3	1	1	
FEV	76	139	38	10	6	3	4	2	2		
MAR	62	114	61	27	11	1	3	4	1		
JUL	88	124	29	9	8	7	3			1	
AGO	81	136	39	16	5	2	2	2	1	1	
SET	110	129	44	18	3	4		3	1	1	
OUT	109	138	47	18	11	3	2	2	1		2
NOV	89	157	68	21	15	11	4	3	3	1	
DEZ	105	104	46	15	12	1	1	1		1	
TOTAL	779	1161	425	150	78	40	22	20	10	6	2



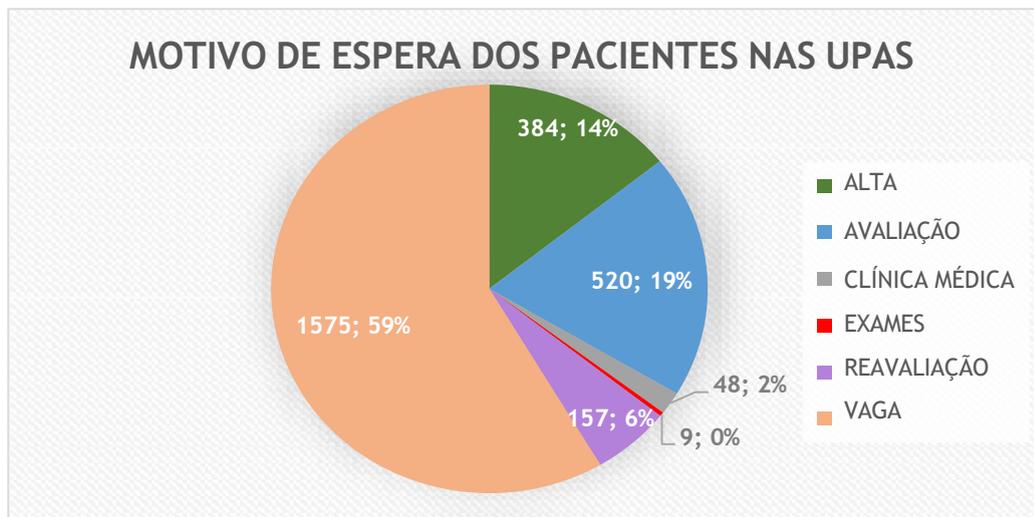
A tabela abaixo reflete o percentual de pacientes por quantidade de dias de espera no período:

TEMPO DE ESPERA NA UPA	QUANT. PACIENTES	%
< 24 horas	779	28,9%
1	1161	43,1%
2	425	15,8%
3	150	5,6%
4	78	2,9%
5	40	1,5%
6	22	0,8%
7	20	0,7%
8	10	0,4%
9	6	0,2%
13	2	0,1%

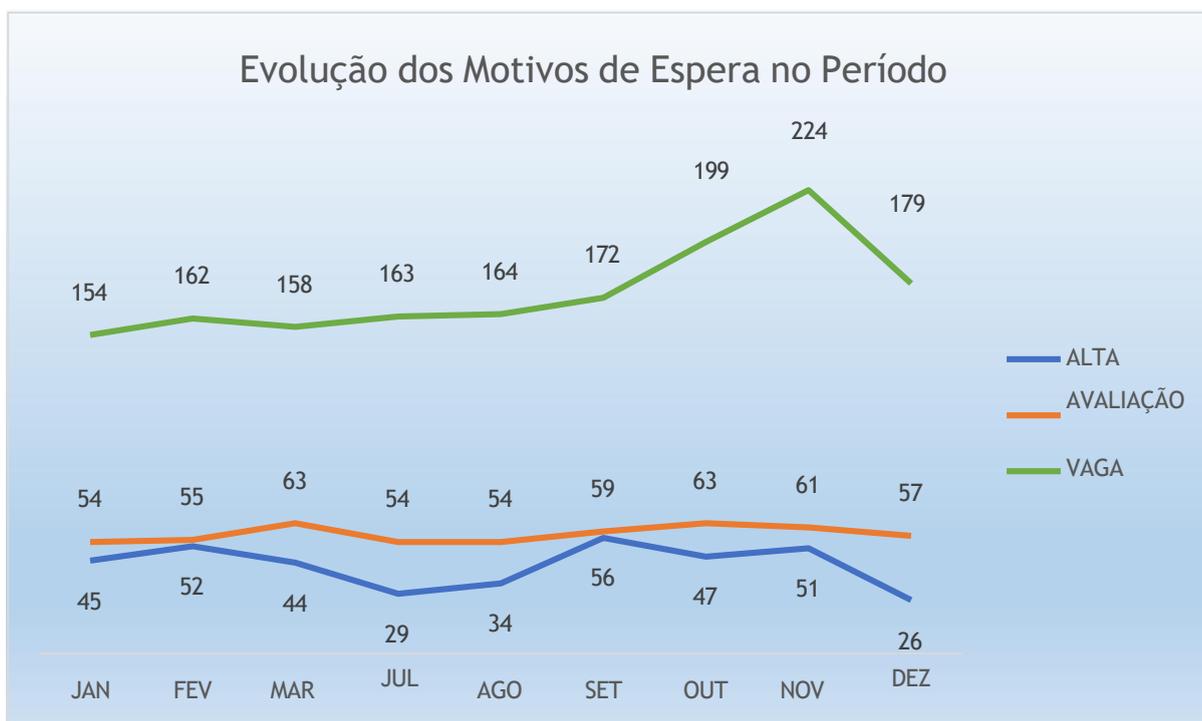
Verifica-se que 72% dos pacientes permaneceram até 1 DIA em leitos de UPA, quando somamos com os pacientes que permaneceram 2 dias, esse percentual perfaz **87,8%**. O quantitativo de pacientes que permaneceram de 3 a 5 dias perfaz um quantitativo de **10%**. Os pacientes que permaneceram em leitos de UPA de 6 a 13 dias correspondem a **2,2%**.

2.1.3 Motivos de Espera

O gráfico abaixo registra o percentual da situação de espera dos pacientes no ano de 2024.



Para realizar a análise abaixo, concentramos somente nos motivos de espera “avaliação”, “alta” e “vaga”, por perfazerem o maior percentual, para facilitar a visualização.

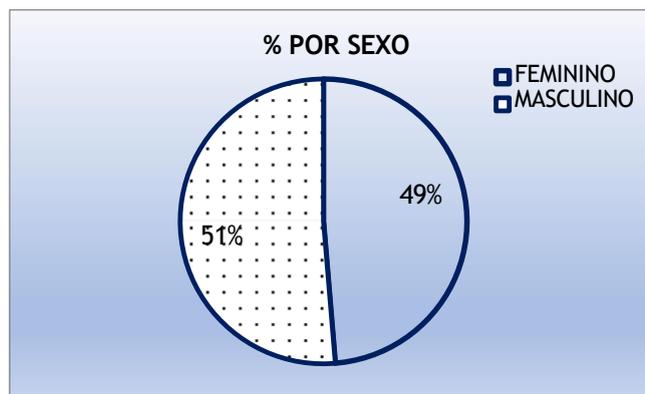


Verifica-se uma queda de 205 na espera por vagas em leitos nas UPAS no mês de dezembro, em relação ao mês anterior. No entanto, não houve retorno ao padrão do

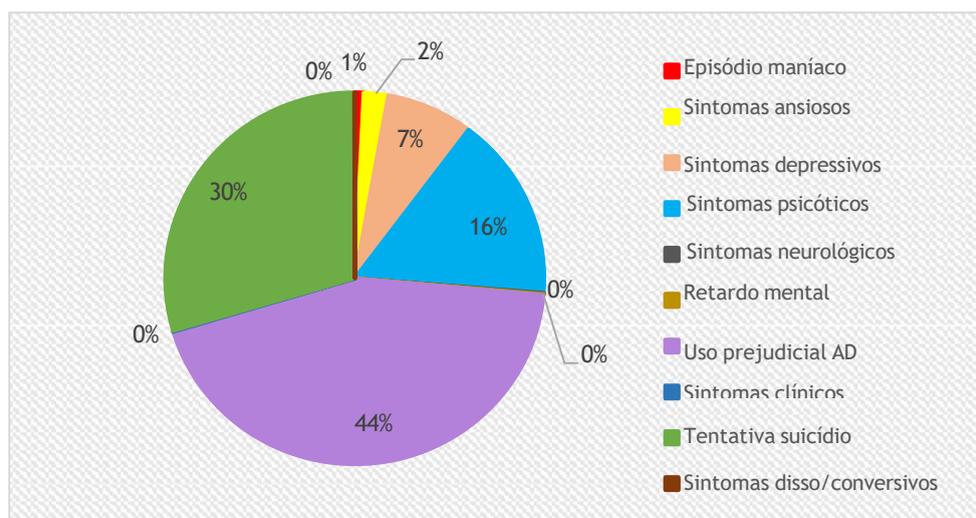
primeiro semestre/24, permanecendo o índice num valor acima de todos os meses daquele semestre.

Outro índice que teve um impacto considerável foi o de pacientes que aguardavam alta, redução de 49%.

2.1.4 PACIENTES POR SEXO



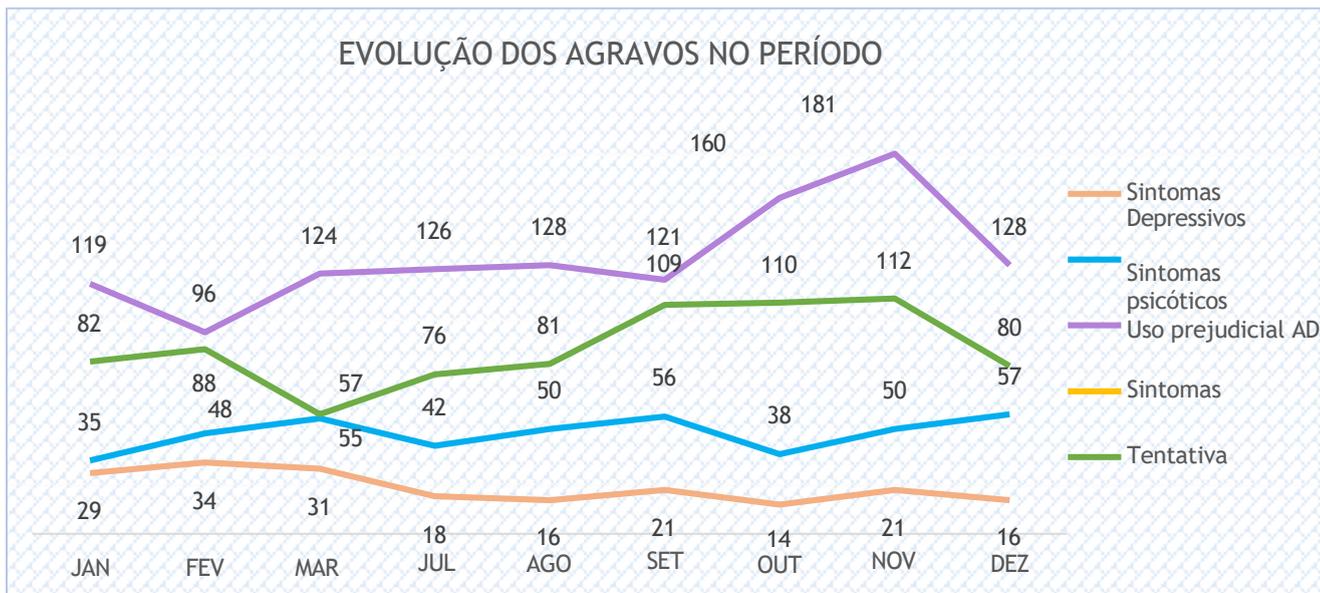
2.1.5 AGRAVOS



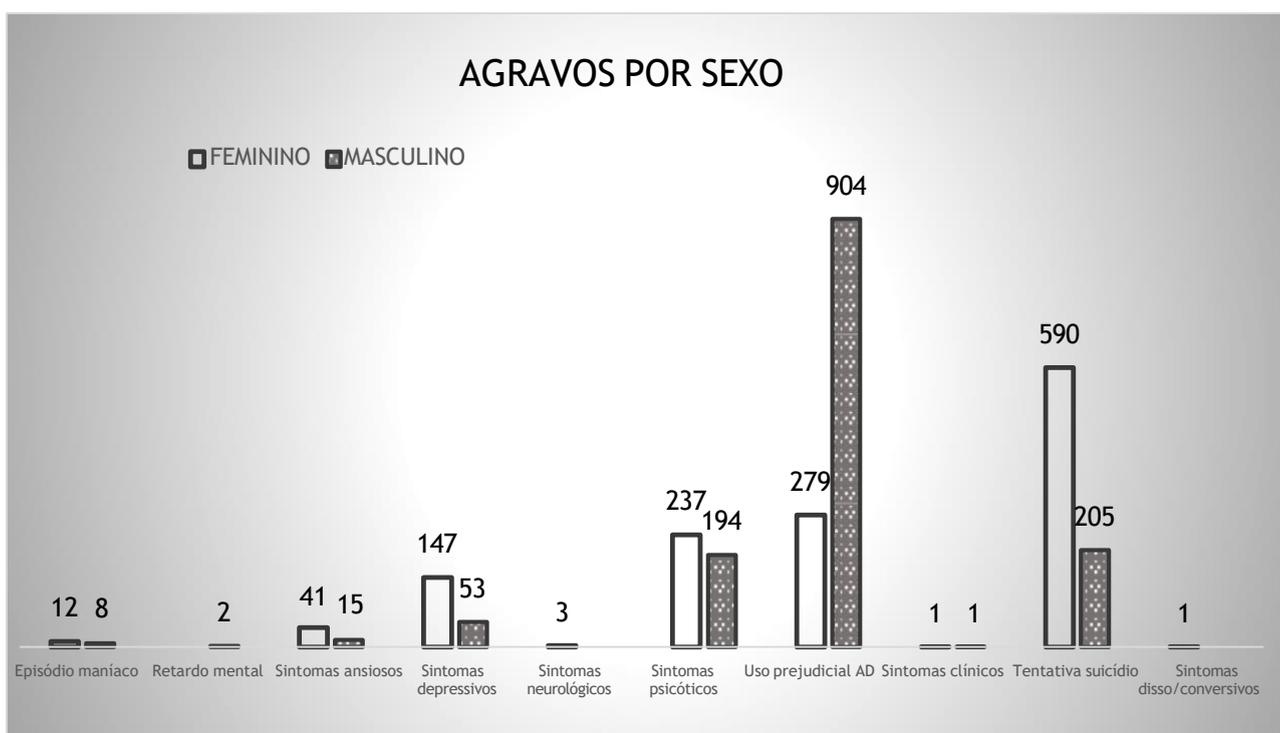
Para realizar a análise por mês, nos concentramos nos agravos “uso prejudicial de AD”, “tentativa de suicídio”, “sintomas psicóticos” e “sintomas depressivos”, para facilitar a visualização das linhas.

Verificamos uma queda considerável no agravamento “uso prejudicial de substâncias psicoativas” dos pacientes recebidos nas UPAs em dezembro/24, perfazendo um

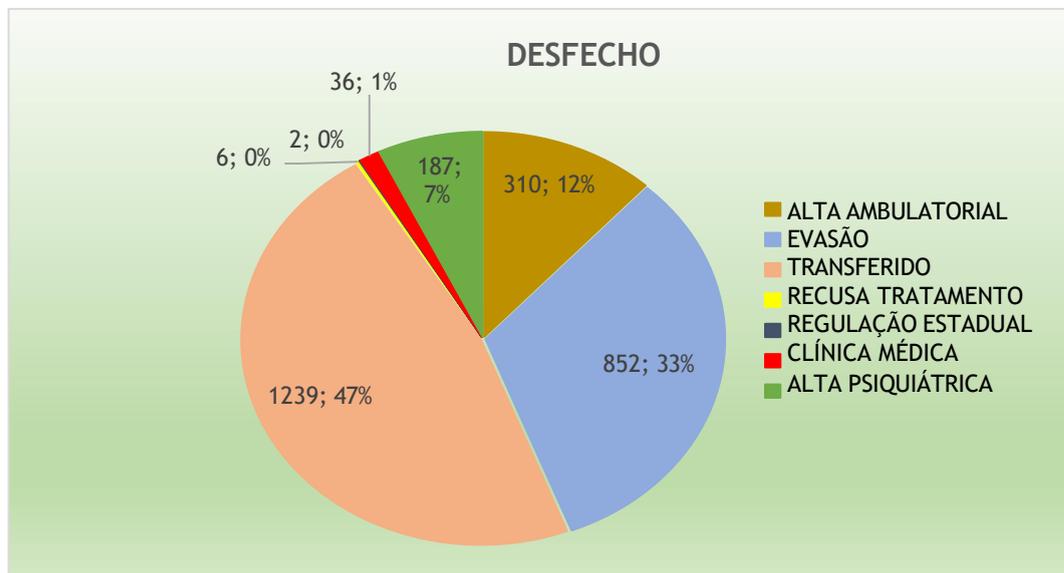
decréscimo de 29% com relação ao mês anterior. Já com relação ao comparativo de **“tentativa de suicídio”, o decréscimo foi de 38%**, entre novembro e dezembro, voltando aos patamares de índice do primeiro semestre. Lembrando que houve uma queda geral de pacientes nas UPAS **de 23%**.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial/SRAS/SESAU - Campo Grande - MS, 2024.



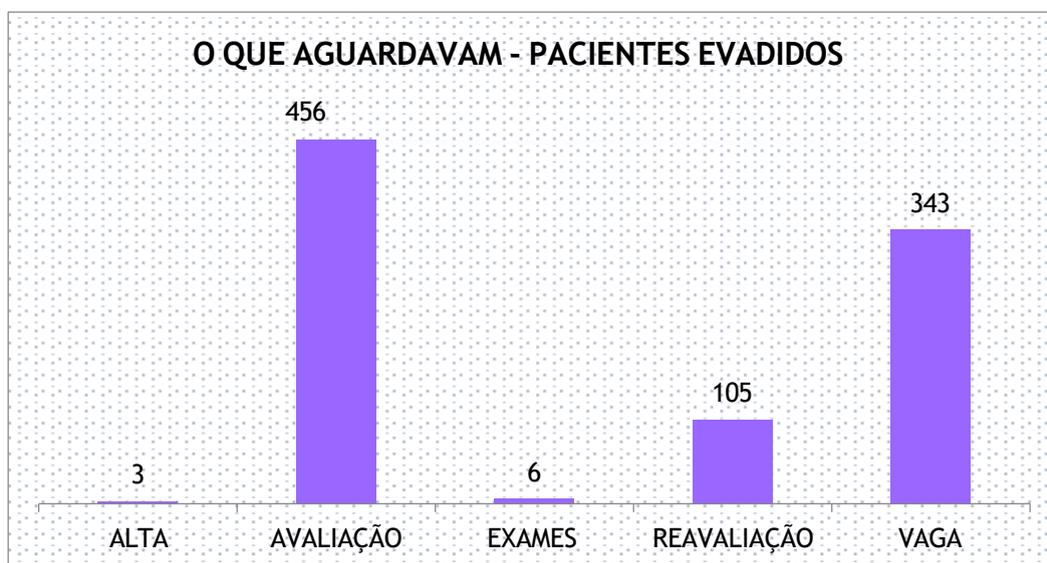
2.1.6 DESFECHO DOS ATENDIMENTOS EM PSIQUIATRIA NAS UPAS e CRS



Obs.: Para o cálculo de evasão, consideramos somente os pacientes que permaneceram por mais de 24 horas na unidade, portanto, consideramos “evadido” o quantitativo de 308 PACIENTES. Na tabela abaixo estão registradas as evasões antes de 24 horas e a situação de avaliação destes pacientes.

EVADIDOS ANTES DE 24 H	308
SEM AVALIAÇÃO	247
COM AVALIAÇÃO	61

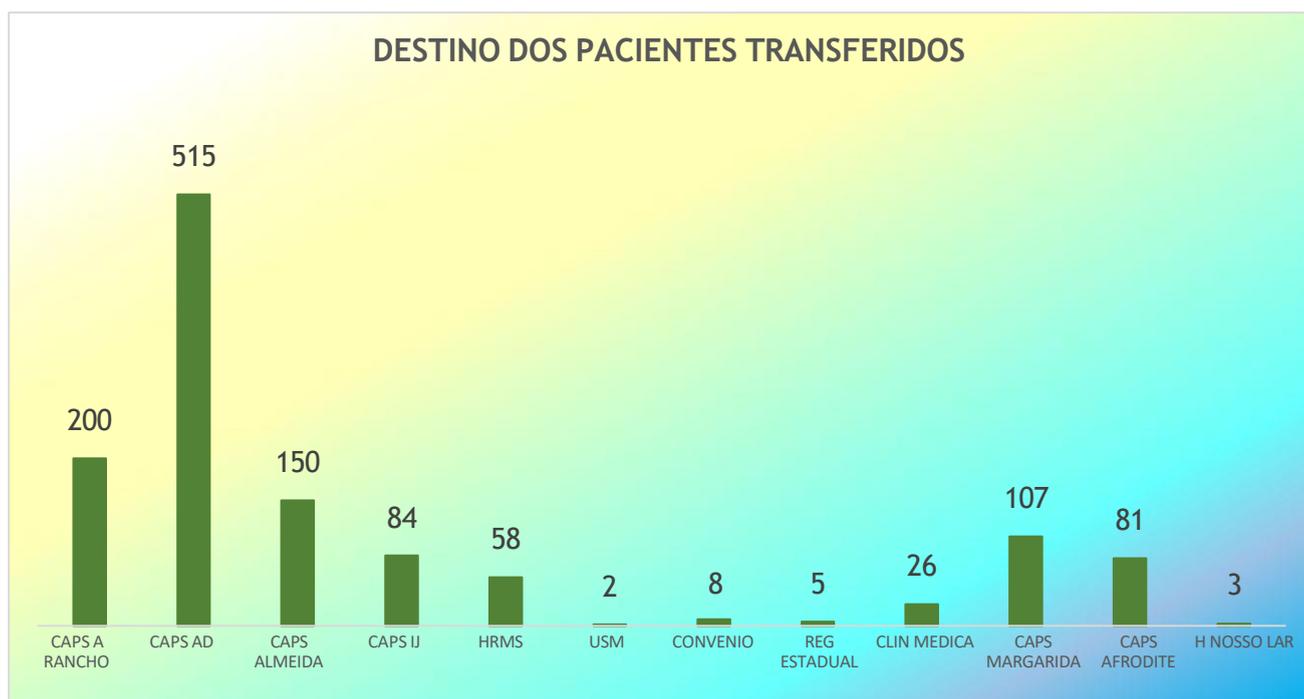
2.1.7 CARACTERÍSTICAS DAS EVASÕES



Obs.: No quadro acima também estão registradas as evasões anteriores a 24 horas.

Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial/SRAS/SESAU - Campo Grande - MS, 2024.

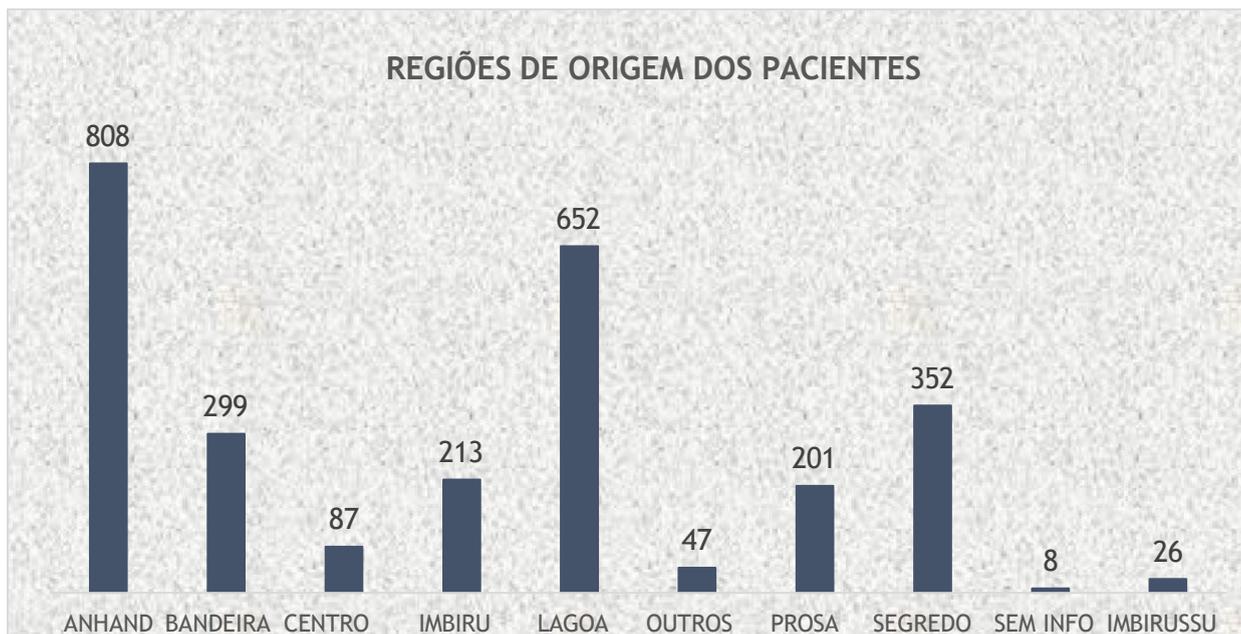
2.1.8 TRANSFERÊNCIAS



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial/SRAS/SESAU - Campo Grande - MS, 2024.

2.1.9 PACIENTES POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA

O quadro abaixo apresenta a quantidade de pacientes por região de residência atendidos nas UPAS e CRS no ano de 2024.



Fonte: Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial/SRAS/SESAU - Campo Grande - MS, 2024.

A partir da vivência no ambiente de trabalho, ouvindo relatos dos profissionais de saúde referente as dificuldades em lidar com os pacientes em sofrimento mental ou com transtorno mental, diante das inúmeras demandas atendidas pela APS, ASM e pelos CAPS no município de Campo Grande, foi observado um grande aumento de encaminhamentos pela APS de pacientes em sofrimento mental ou com transtorno mental de qualquer tipo para os CAPS e para o Ambulatório de Saúde Mental muitas vezes sem o devido acolhimento ou atendimento prévio, segundo relato dos profissionais da rede.

O paciente em sofrimento mental ou com transtorno mental, independente se ele está sendo atendido pelo ASM ou pelo CAPS ele permanece do território, independente da sua condição de saúde ele é de responsabilidade da APS mesmo usando outros dispositivos da RAS, que neste caso é a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Enquanto Enfermeira e trabalhadora do SUS, fiz alguns questionamentos: porque esse

paciente não está sendo acolhido devidamente pela APS? Qual a maior dificuldade que a APS enfrenta? Falta conhecimento dos profissionais de saúde sobre sofrimento mental ou transtorno mental? É Estigma? Excesso de demanda? Desconhecimento das RAS, RAPS ou da própria APS?

Diante dos questionamentos surge a necessidade de realizar um Projeto de Intervenção com os profissionais de saúde de três Unidades de Saúde da Família - USF, sendo os critérios utilizados: Unidades que mais realizaram encaminhamentos para a psiquiatria adulto e infantil e encaminhamentos para a psicologia adulto e infantil no período de janeiro a agosto do ano de 2024.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Fomentar o conhecimento na equipe da APS e identificar fragilidades para o cuidado e regulação para as pessoas em sofrimento mental ou transtorno mental.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento e as dificuldades dos profissionais da APS em relação as pessoas em sofrimento mental ou transtorno mental;
- Capacitar a equipe da APS;
- Promover conhecimento em Saúde Mental;
- Efetivar a APS como ordenadora do cuidado;
- Fortalecer o fluxo da rede.

4. PERCURSO DAS AÇÕES

No percurso as ações e os recursos utilizados foram:

- Solicitado à Superintendência de Relações Institucionais - SUPRIS da secretaria municipal de saúde através da c.i 19.133/SRAS/2024 as demandas reprimidas dos encaminhamentos realizados pelos profissionais da APS às especialidades de Psiquiatria e Psicologia Adulto e Infantil. Os recursos como papel, caneta, Datashow, foram utilizados durante a capacitação.
- Realizada reunião com a superintendente da Superintendência da Rede de Atenção à Saúde – SRAS, para apresentação do manual da pós em saúde mental e conversado sobre possíveis temas para o PI;
- Realizada reunião no dia 04/07/2024 com a profissional de apoio do PI, para discussão do tema;
- Apresentado a proposta do PI para a coordenadora da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica - CRAB no dia 30/08/2024;
- Organização e Análise dos dados da demanda reprimida do sistema de regulação da secretaria municipal de saúde do município de campo grande;
- Apresentado os dados da SUPRIS para a Superintendente da SRAS para definir a Unidade de Saúde para a Intervenção.
- Escolhida a Unidade de Saúde da Família Jair Garcia de Freitas, USF 26 de Agosto (Distrito Centro);
- Realizado contato telefônico com a gerente da USF para agendar uma reunião e apresentar o PI para ela;
- Realizada reunião no dia 22/10/2024 com a gerente do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de referência da unidade, sendo o CAPS Afrodite, para obtenção de apoio na realização da proposta de intervenção descrita nesta metodologia;
- Realizada reunião com a profissional de apoio do PI para definir a data de apresentação do PI na USF;
- Realizada visita e reunião somente com a gerente da USF para apresentar o PI e definir a data da reunião com as equipes da USF;
- No dia 13/02/2025 fomos na USF para conversar com a equipe e apresentar o PI, porém a Gerente da unidade não organizou com as equipes, sendo possível conversar com pouquíssimos profissionais, dentre eles uma médica, uma

técnica de enfermagem, um administrativo e alguns ACS, atrapalhando assim o processo do PI.

- Em 12/03/2025 apresentei para o tutor da ESP, Fernando as dificuldades obtidas com a unidade escolhida para o PI, decidimos então mudar a estratégia e a unidade. Ficando definido três unidades de saúde da família.
- Realizado contato telefônico com as Diretoras dos Distritos Anhanduizinho, Lagoa e Imbirussu, apresentado o PI para elas e solicitado o contato celular das 3 gerentes das USF escolhidas;
- Realizado contato telefônico com as gerentes das USF para agendar a visita e aplicar o PI para as equipes;
- No mês de abril a servidora que estava me apoiando com o PI saiu da RAPS;
- Realizado a aplicação do PI no mês de maio de 2025;

A intervenção foi realizada com os profissionais das referidas unidades de saúde escolhidas. Foi utilizado dinâmica e roda de conversa para apresentar a RAPS e posteriormente foi realizado perguntas sobre ela, com intuito de identificar o conhecimento e as dificuldades dos profissionais.

Os profissionais sugeridos para participarem da intervenção são médicos, enfermeiros, residentes, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, psicólogo e o gerente da unidade, sendo o ideal a participação de todos os profissionais da unidade, podendo chegar a uma média de dez a quinze pessoas por unidade. Felizmente todos as categorias responderam às perguntas abaixo.

As perguntas elaboradas foram as seguintes:

Perguntas:

- 1- Você sabe qual é o papel do CAPS? Se sim, discorra.
- 2- Você sabe qual o público alvo do CAPS? Se sim, discorra.
- 3- Você tem conhecimento dos pacientes com transtorno mental leve, moderado e grave do seu território?
- 4- Quais são os principais transtornos apresentados por eles?
- 5- Como é feito o controle e acompanhamento dos pacientes com transtorno mental?
- 6- Você conhece as ferramentas de manejo com o paciente com transtorno mental?
- 7- É realizado alguma atividade no território com esses pacientes? Se Sim, quais?
- 8- Você possui alguma experiência com matriciamento? Discorra sobre ela.
- 9- Qual a sua maior dificuldade em relação ao paciente com transtorno mental?
- 10- O que você gostaria de saber sobre Saúde Mental?

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Listo abaixo o que identifiquei como fragilidades e fortalezas nas respostas das perguntas realizadas aos servidores das unidades de saúde.

Fragilidades	Fortalezas
Pacientes com Sintomas Psicóticos	Consulta Médica mensal
Referência e Contrarreferência	Atendimento Psicológico bimestral
Faltar a consulta	Busca ativa de pacientes faltosos
Matriciamento	Matriciamento
Tentativa de Suicídio - TS	Discussão de caso com a equipe multi
Acolhimento/ Escuta Qualificada	Medidas não farmacológicas
Não tem grupo direcionado a Saúde Mental	Escuta Qualificada
Auxílio do SAMU e CAPS	Grupo de convivência com Atividade Física
Estágio ou Visita técnica dos Residentes em Saúde da Família nos CAPS.	Acompanhamento Multi dos pacientes que estão no CAPS
Alta Demanda	Consulta Compartilhada
Tempo da Consulta	Escala de Sofrimento Mental
Falta de habilidade e comunicação do profissional com o paciente.	ACS controle de pacientes
Manejo Adequado	Visita Domiciliar
Promover a adesão terapêutica e dentística	Promover um ambiente acolhedor e seguro
Acompanhamento regular do paciente	Encaminhamento para a RAS
Manejo em situações que falta medicação	Atendimento Domiciliar
Odontologia sem muito contato com o paciente	

Figura 3- A tabela apresenta as respostas divididas em fragilidades e fortalezas.

Com base nas fragilidades e fortalezas identificadas nas respostas dos servidores das unidades de saúde, foi possível realizar uma análise aprofundada, com discussões e referenciais teóricos, sobre o atendimento em saúde mental.

5.1- Análise das Fragilidades e Fortalezas no Atendimento em Saúde Mental

Fragilidades:

As fragilidades revelam desafios significativos que impactam a qualidade e a integralidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS):

- **Manejo de Pacientes em Situação Aguda e Complexa:** A dificuldade no manejo de "Pacientes com sintomas psicóticos" e "Paciente em surto", aliada à necessidade de aprimoramento na "Avaliação de Gravidade e Risco", aponta para uma lacuna na capacitação dos profissionais da APS. A atenção primária é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e tem um papel crucial na identificação precoce e no manejo inicial desses casos, mas, frequentemente, os profissionais não se sentem preparados para lidar com situações agudas e complexas (Saraceno et al., 2009). A falta de "Resolutividade e direcionamento na consulta" para esses casos agrava a situação, podendo levar a encaminhamentos inadequados ou à desassistência.
- **Articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** A "Contrarreferência", a "Referência e contrarreferência no CAPS" e o "Fluxo da Rede para onde encaminhar" são citados como fragilidades, indicando falhas na comunicação e na articulação entre os diferentes pontos da RAPS. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 instituiu a RAPS, buscando organizar o cuidado em saúde mental em rede, garantindo a continuidade e a integralidade. No entanto, a efetividade dessa rede depende da comunicação fluida e dos fluxos bem definidos entre os serviços (Brasil, 2011).
- **Adesão ao Tratamento e Vínculo Terapêutico:** "Faltar a consulta" e a necessidade de "Promover a adesão terapêutica e dentística" são desafios persistentes na saúde mental. A baixa adesão pode estar relacionada a fatores como o estigma da doença mental, a dificuldade de acesso, a falta de vínculo com a equipe ou a não compreensão da importância do tratamento (Silva et al., 2011). A "Falta de habilidade e comunicação do profissional com o paciente" pode comprometer a construção desse vínculo, essencial para a adesão.
- **Matriciamento:** Embora o matriciamento seja listado tanto como fragilidade quanto como fortaleza, a sua presença como fragilidade indica que, apesar de ser uma estratégia reconhecida para o apoio à APS, sua implementação ou

efetividade pode estar aquém do desejado. O matriciamento em saúde mental visa qualificar as equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental, mas sua execução pode enfrentar desafios como a sobrecarga dos profissionais, a falta de tempo e a dificuldade de integração entre as equipes (Brasil, 2011).

Para ALVES, S.V, et al. 2024 o Matriciamento promove a troca de informações entre profissionais de saúde, visando a articulação em rede, a corresponsabilização na produção de saúde e a melhoria da qualidade do atendimento, reduzindo encaminhamentos desnecessários e fortalecendo vínculos entre usuários e serviços. Sua implementação enfrenta desafios, superar barreiras é essencial para garantir um cuidado integral e humanizado.

- **Recursos Humanos e Estruturais:** A "Alta demanda", "Tempo da Consulta", "Vagas para consulta Médica e Psicológica" e "Falta de profissionais" são fragilidades que apontam para problemas estruturais e de gestão. A sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos impactam diretamente a qualidade do atendimento e a capacidade de resposta às necessidades da população, dificultando a implementação de um cuidado longitudinal e resolutivo (Brasil, 2017).
- **Manejo Medicamentoso e Capacitação:** As preocupações com o "Manejo Adequado", "Manejo Medicamentoso/aceitação do paciente", "Uso crônico de benzodiazepínicos" e "Pacientes hiper medicados" evidenciam a necessidade de maior capacitação em psicofarmacologia e em abordagens não farmacológicas. A educação permanente é crucial para o aprimoramento do manejo terapêutico, buscando a racionalização do uso de psicofármacos e a promoção de estratégias de cuidado mais amplas (Nunes et al., 2011).

A "Capacitação / Educação Permanente" é inclusive citada como uma fragilidade que necessita ser suprida. Sabe-se que a Educação Permanente em Saúde faz parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde do SUS, instrumento facilitador para tomadas de decisões sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade envolvendo a equipe, sendo também uma forma de aprendizagem cotidiana e coletiva. A EPS pode ser também um facilitador no trabalho em redes, visto que a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS é uma rede temática da RAS instituída pela Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Segundo Higashijima, 2023, EPS envolve o compartilhamento do cuidado entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, produzindo novas possibilidades de relações, de agenciamentos, desenvolvendo protagonismo e autonomia de vida individual e coletiva.

- **Integralidade do Cuidado:** A "Odontologia sem muito contato com o paciente" e a "Falta de apoio familiar" em pacientes muitas vezes "sozinhos" destacam lacunas na integralidade do cuidado e no suporte social. A saúde bucal é frequentemente negligenciada em pacientes com transtornos mentais, e o apoio familiar é um fator protetivo importante para a recuperação e reinserção social (Brasil, 2004).

Fortalezas:

As fortalezas demonstram a existência de boas práticas e iniciativas que contribuem para a qualidade do cuidado em saúde mental, apesar dos desafios:

- **Acompanhamento Longitudinal e Ações de Busca Ativa:** A "Consulta médica mensal", "Atendimento Psicológico Bimestral" e a "Busca ativa pacientes faltosos" indicam um esforço em manter o acompanhamento regular e a continuidade do cuidado. Essas ações são essenciais para monitorar a evolução dos pacientes e evitar interrupções no tratamento, o que é fundamental para a efetividade terapêutica (Starfield, 2002). O "Acompanhamento Regular do paciente" é um ponto positivo, mesmo que também apareça como uma fragilidade a ser aprimorada na adesão.
- **Trabalho em Equipe e Matriciamento:** A "Discussão de caso com a equipe multi" e o "Matriciamento" (apesar de também ser citado como fragilidade na sua efetividade) são estratégias que fortalecem o trabalho interdisciplinar e o apoio à APS. O matriciamento, conforme proposto por Campos e Domitti (2007), visa qualificar as equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental, promovendo a troca de saberes e a construção conjunta de planos terapêuticos. A "Consulta Compartilhada" também reforça essa perspectiva.
- **Abordagens Ampliadas e Humanizadas:** O uso de "Medidas não farmacológicas", a "Escuta qualificada" (mesmo com desafios na sua

consistência) e a promoção de um "Ambiente Acolhedor e seguro" demonstram a preocupação com um cuidado mais integral e humanizado. Essas abordagens são cruciais para o estabelecimento do vínculo terapêutico e para a promoção do bem-estar dos pacientes, indo além do modelo exclusivamente biomédico (Amarante, 2007). A existência de "Grupo de convivência com Atividade Física" exemplifica essas medidas.

- **Articulação com a Rede e Territorialização:** O "Acompanhamento Multiprofissional dos pacientes que estão no CAPS", o "Encaminhamento para a RAS" e o "ACS Controle de pacientes" e "Visita domiciliar" demonstram a preocupação com a articulação dos serviços e com o cuidado territorializado. A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a visita domiciliar são estratégias fundamentais para o acompanhamento da realidade dos pacientes e para a identificação de necessidades no domicílio (Brasil, 2010).

5.2- Discussão:

A coexistência de fragilidades e fortalezas na planilha de respostas reflete a complexidade da implementação da Reforma Psiquiátrica e da consolidação da RAPS no Brasil. As fragilidades expõem desafios estruturais, de capacitação e de gestão que limitam a capacidade da APS em oferecer um cuidado abrangente e resolutivo em saúde mental. A carência de profissionais, a alta demanda e as dificuldades na comunicação e articulação da rede são gargalos que precisam ser superados para a plena efetivação do modelo de atenção psicossocial (Onocko Campos; Furtado, 2011). Por outro lado, as fortalezas indicam que, apesar dos desafios, existem boas práticas e um esforço por parte das equipes em oferecer um cuidado de qualidade. A valorização do trabalho em equipe, do matriciamento (mesmo que com desafios na sua efetividade), das abordagens não farmacológicas e da busca ativa demonstra o compromisso com a integralidade e a continuidade do cuidado. Essas iniciativas são fundamentais para fortalecer a APS como ordenadora do cuidado em saúde mental e para desconstruir o modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004).

Para superar as fragilidades e potencializar as fortalezas, é imprescindível investir em: Educação Permanente e Qualificação Profissional: Programas contínuos de capacitação em saúde mental para os profissionais da APS, abordando desde o

manejo de crises até a psicofarmacologia e as abordagens psicossociais. A "Capacitação / Educação Permanente" é um ponto que precisa ser fortalecido.

A EPS é uma abordagem prática que conecta o aprendizado diretamente ao dia a dia do trabalho em saúde. Ela funciona como uma ferramenta para o pensamento, estimulando a ação, a mobilização e os encontros entre profissionais. A EPS reconhece que a nossa formação é um processo contínuo e influenciado por nossas vivências (Higashijima, M.N.S., et al. 2023).

Fortalecimento da RAPS: Aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência, garantindo a comunicação efetiva e a articulação entre os diferentes pontos da rede.

Ampliação e Qualificação dos Recursos: Investimento na contratação de profissionais, na melhoria da infraestrutura e na garantia de um tempo de consulta adequado.

Promoção da Adesão ao Tratamento: Estratégias para fortalecer o vínculo terapêutico, envolver a família e a comunidade no processo de cuidado e reduzir o estigma da doença mental.

Monitoramento e Avaliação: Implementação de indicadores de qualidade e satisfação dos usuários para monitorar o desempenho dos serviços e identificar áreas que necessitam de melhoria.

Em suma, a análise aponta para a necessidade de um olhar sistêmico para a saúde mental na APS, reconhecendo suas limitações, mas também suas potencialidades. A superação dos desafios exige um esforço conjunto dos gestores, profissionais e da sociedade para construir um sistema de saúde mental mais justo, acessível e eficaz, que esteja alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e que reconheça a saúde mental como parte indissociável da saúde integral.

6. IMPLEMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

Para a continuidade da proposta, serão realizadas as seguintes ações:

- Apresentação do PI à Coordenadora da Rede de Atenção Básica (CRAB), para que o avalie e o considere como modelo a ser seguido ou implementado nas demais Unidades de Saúde da APS, por meio das seguintes estratégias:
- Educação Permanente e Educação continuada;
- Qualificação Profissional;
- Fortalecimento da RAPS: Aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência;
- Elaborar uma comunicação efetiva e a articulação entre os diferentes pontos da rede.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais do trabalho reforçam a importância da intervenção para o aprimoramento do cuidado em saúde mental na APS. Dada a análise das fragilidades, o projeto aponta para a necessidade contínua de educação permanente e o fortalecimento das equipes da Atenção Primária para lidar com os desafios da saúde mental.

O estudo sugere que, ao capacitar os profissionais da APS e ao identificar e trabalhar as fragilidades na articulação da RAPS, o cuidado longitudinal dos pacientes com transtornos mentais pode ser incentivado e aprimorado. A efetivação da APS como ordenadora do cuidado é crucial para garantir a integralidade da atenção e evitar encaminhamentos desnecessários para serviços de maior complexidade, como as UPAs e CRS, que como mostrado nos dados, frequentemente recebem pacientes que poderiam ser manejados na atenção básica.

A proposta de intervenção, ao focar na identificação de conhecimentos e dificuldades dos profissionais, é um passo fundamental para a construção de estratégias mais eficazes de cuidado em saúde mental no território de Campo Grande - MS. A superação das barreiras identificadas, como a alta demanda e a falta de recursos, exigirá um compromisso contínuo da gestão e dos profissionais para a implementação de um cuidado mais humanizado, resolutivo e articulado em rede.

Foi utilizado o Gemini para correção ortográfica e ajuste dos textos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 2- Alves SV, Farias IC, Ribeiro FNL, Vieira CAL. Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as equipes CAPS-ESF no cenário brasileiro. Vol. 34, Physis. 2024.
- 3- 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). Saúde mental na atenção básica: o cuidado em saúde mental na atenção primária. Brasília: Ministério da Saúde.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2011). Portaria GM/MS nº 3.088, de 21 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2011.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- 8- Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 9- BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde.
- 11- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão da clínica em saúde. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 399-408.

- 12- Higashijima, M. N. S. et al., Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. *cienciaesaudecoletiva.com.br* ISSN 1413-8123. v.30, Suppl. 1.2023.
- 13- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2307-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
- 14- Negrão AI, Silva TD, Frangonari TF, Horta AL. Abordagem profissional e o comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2024;37:eAPE01004.
- 15- Nunes, M. O., et al. (2011). Avaliação de programas de educação permanente em saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 773-779.
- 16- Oliveira, N.R.C; *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ unasus.* - São Luís, 2016.
- 17- Onocko Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2011). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um olhar sobre as políticas de saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 855-873.
- 18- PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007. *Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.*
- 19- PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007. *Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.*
- 20- PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*
- 21- Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(3): e00042620.
- 22- Saraceno, B., et al. (2009). Reforma psiquiátrica em perspectiva: uma análise do papel dos serviços de saúde mental na atenção primária. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 23- Silva, M. T., et al. (2011). Adesão ao tratamento de transtornos mentais: revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 209-216.
- 24- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.