

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS – ESP
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* – ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS
DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Lidiana Silva Guimarães

Os desafios do cuidado integral na saúde mental em São Joaquim de Bicas: a experiência
do trabalho como gestora desenvolvido no Caps 1

Belo Horizonte
2023

Lidiana Silva Guimarães

Os desafios do cuidado integral na saúde mental em São Joaquim de Bicas: a experiência do trabalho como gestora desenvolvido no Caps 1

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Orientador (a): Maíra Almeida Carvalho

Belo Horizonte

2023

G963d

Guimarães, Lidiania Silva.

Os desafios do cuidado integral na saúde mental em São Joaquim de Bicas: a experiência. do trabalho como gestora desenvolvido no Caps 1.
/ Lidiania Silva Guimarães. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

28 f.

Orientador(a): Maíra Almeida Carvalho.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Território. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Carvalho, Maíra Almeida. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 495

Ativar o Windows
para confirmar

**Os desafios do cuidado integral na saúde mental em São Joaquim de Bicas: a
experiência do trabalho como gestora desenvolvido no Caps 1**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Políticas de Saúde
Mental e Atenção Psicossocial

Banca Examinadora

Alessandra Rios de Faria

Ana Regina Machado

Maíra Almeida Carvalho

Belo Horizonte

2023

AGRADECIMENTOS

Concluir essa especialização foi um desafio. Agradeço a todos com quem pude ter o prazer de conviver e aprender nesse período, aos colegas do Caps, da Atenção Primária, Secundária e Terciária que também foram importantes para o processo. A secretária de saúde Talita Marcelle, que confiou e possibilitou que o município se beneficie com a supervisão. Ao supervisor Max Moreira, que não mediu esforços para que os encontros acontecessem e nos fez entender que a luta antimanicomial é uma conquista que precisa de empenho e compromisso diário. A minha orientadora Maíra Almeida, que esteve sempre à disposição, mesmo quando pensei em desistir. As coordenadoras Alessandra Rios e Ana Regina que me estenderam as mãos e me mostraram que o tempo é de cada um.

Agradeço em especial a minha mãe Rose Mary que me ressignifica todos os dias, meu marido Valdeir Alberto que me apoia por uma vida, meus filhos Lívia Stefane e Lucas Alberto que entenderam minha ausência acreditando com meus ensinamentos que o estudo é sinônimo de construção e conhecimento diário.

Chegar até aqui não foi fácil, mas levarei comigo a certeza de que valeu a pena e certa de que essa experiência me oportunizou promover a saúde mental do município de São Joaquim de Bicas de maneira leve respeitando a realidade de cada um, sempre lutando para que o impossível seja pelo menos próximo de uma transformação positiva na vida das pessoas. Lutar sempre!

RESUMO

O presente estudo possui como objetivo relatar a experiência de trabalho vivenciada no período de 2018 a 2022, pela autora em questão, à época também coordenadora no Centro de Atenção Psicossocial 1 do município de São Joaquim de Bicas (MG). Tem por objetivo analisar os desafios no cuidado integral em saúde mental no município, a partir dos efeitos da supervisão clínica institucional prevista pela resolução SES/MG nº7.168 de 20 de julho de 2020. Trata-se de um estudo qualitativo caracterizado como sistematização de relato de experiência, a partir da observação do modelo de atendimento a pacientes em sofrimento mental, levantamento de dados a partir de instrumentais independentes e encontros com as Equipes de Saúde da Família. Destacou-se no período estudado que o processo de supervisão clínico institucional possibilitou práticas educativas, com ênfase no trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Esta também pautou o início da construção do fluxo de referência e contra referência dos casos de saúde mental, bem como oportunidades na mobilização das equipes dos territórios como porta de entrada dos casos. Constatou-se que as práticas territoriais configuram possibilidades para o desenvolvimento e consolidação da RAPS. O trabalho orientado pela perspectiva territorial ofereceu, nessa experiência, horizontes criativos para um cuidado integral em saúde mental. Houve dificuldades, como a falta de comunicação entre as equipes, contudo, foi possível valorizar abordagens em saúde mental que reconhecem a dinâmica da vida das pessoas, suas complexidades e lutas, bem como seus processos territoriais, incluindo as dimensões da política, da sociabilidade e da cultura popular.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Psicossocial. Território. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

This study aims to unveil the challenges of comprehensive mental health care in Primary Health Care, based on the experience in the Psychosocial Care Center in the municipality of São Joaquim de Bicas, through institutional clinical supervision provided by resolution SES/MG No. 7.168 of July 20, 2020. This is a qualitative study characterized as systematization of an experience report, in which meetings with the family health teams and observation of the model of care for patients in mental distress were used. It was highlighted in the period studied the process of institutional clinical supervision that enabled educational practices, with emphasis on the work of the RAPS of the city that guided the beginning of the construction of the flow of reference and counter-reference of mental health cases, as well as opportunities in the mobilization of the teams of the territories as the gateway of entry of cases. It was found that the territorial practices configure possibilities for the development and consolidation of the Psychosocial Care Network. The work guided by the territorial perspective offered, in this experience, creative horizons for a comprehensive mental health care. There were difficulties, such as the lack of communication between the matrix support teams. However, it was possible to value mental health approaches that recognize the dynamics of people's lives, their complexities and struggles, as well as their territorial processes, including the dimensions of politics, sociability, and popular culture.

Keywords: Mental health. Psychosocial Care. Territory. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de referência da Assistência Social
CREAS	Centro de referência especializada de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	12
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	14
3.1	A rede de atenção psicossocial de são joaquim de bicas	14
3.2	A experiência de trabalho no caps 1 e a supervisão clínico institucional	16
3.3	Intervenção da saúde mental junto à atenção primária à saúde	17
4	PRINCIPAIS APRENDIZADOS	19
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
	ANEXO A	24

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo possui como objetivo relatar a experiência de trabalho vivenciada pela autora no período de 2018 a 2022, na época, também coordenadora no Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS 1) do município de São Joaquim de Bicas (MG). O relato visa apresentar as suas vivências e analisar os desafios do cuidado integral em saúde mental no referido município a partir dos efeitos da supervisão clínica institucional.

São Joaquim de Bicas possui uma população estimada em 32.696 habitantes (IBGE, 2022). A cidade está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, cerca de 40 quilômetros da capital mineira. Tem o rio Paraopeba como afluente que margeia grande parte de seu território, além disso, possui divisa geográfica com os municípios de Betim, Mário Campos, Brumadinho e Igarapé.

Os municípios mineiros foram contemplados pela supervisão clínica institucional prevista pela resolução SES/MG nº 7.168 de 20 de julho de 2020, alterada pela resolução SES/MG nº 7.236 de 29 de setembro de 2020. Esta estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos CAPS do Estado de Minas Gerais habilitados, em funcionamento ou aguardando habilitação do Ministério da Saúde no âmbito da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais.

Neste quesito, São Joaquim de Bicas foi um dos primeiros municípios contemplados através do plano de trabalho (Anexo A) que estabeleceu o cronograma de trabalho em consonância ao estabelecido na resolução. Além disso, foi aprovado o Plano de Aplicação de Recursos Financeiros para Supervisão Clínico Institucional que teve previsão das ações em um período equivalente há 12 (doze) meses a contar do início das atividades.

Na referida cidade, a partir da experiência da autora no CAPS 1 enquanto gestora, foi possível perceber que o trabalho da equipe estava sendo realizado em uma lógica pautada em exclusivos encaminhamentos de casos, da APS ao CAPS 1, com pouca discussão em rede e baixa compreensão sobre o território como possibilidade de cuidado. Esses casos, muitas vezes, também eram devolvidos à APS, o que acarretava em uma desassistência. Essa percepção suscitou a necessidade de trabalhar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município com o intuito de questionar a lógica do cuidado a partir da sensibilização da equipe do CAPS 1 e do

fortalecimento da APS como porta de entrada dos casos de saúde mental, considerando o preconizado na luta antimanicomial e referenciando a família como ponto central do cuidado.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa acerca de alguns indicadores disponibilizados no sistema RAAS. Para entender melhor como estava funcionando o fluxo de referência e contrarreferência entre equipes, foi necessário também a coleta de dados em instrumentais independentes - sugerido pela coordenação e realizado pelos profissionais do CAPS 1 - que se iniciou no segundo semestre de 2018 até o segundo semestre de 2021. Posteriormente, teve início o processo de supervisão clínica institucional que aconteceu no período de maio 2021 a maio 2022 que possibilitou a aproximação da equipe de saúde mental com as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Essa última experiência culminou no contato com profissionais das Unidades Básicas de Saúde por meio de discussões que aconteceram através de rodas de conversa sobre a Atenção Primária de Saúde como possibilidade de porta de entrada dos casos de saúde mental. As reuniões com as equipes da APS contaram com o apoio do supervisor clínico institucional. As ações que foram realizadas tiveram como propostas, a discussão dos casos clínicos associada ao contexto institucional, ao serviço, à rede e à gestão, mediante as diretrizes e premissas de cuidado em saúde mental prevista na Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras Drogas em consonância com o SUS e a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Nesta vertente, o presente relato levará em consideração o período de 2018 a 2022. No período inicial, a coordenadora observou o seu campo de trabalho e escolheu, devido a grande predominância de casos encaminhados da APS ao CAPS 1. Entende-se que o período final não foi o suficiente para total implantação das propostas realizadas nas rodas de conversa com a APS, mas sim, para uma experiência inicial de cuidado numa lógica territorial. Pensar na saúde mental na concepção de território e de maneira integral, abarca muitos desafios e tabus que ainda precisam ser quebrados, principalmente por considerar o sofrimento mental e o seu cuidado dentro do seu lugar de convívio social e comunitário. Esse desafio foi constante no período trabalhado.

Esse relato de experiência pretende contribuir para a ampliação do debate sobre o cuidado integral em saúde mental e o cuidado na Atenção Primária de Saúde, colocando-os em comunicação com outras experiências e dispondo-os a uma análise crítica. Parece-nos uma tarefa atual e imprescindível na perspectiva de contribuir para a sua efetivação no cotidiano das

ações dos serviços de saúde. Pretende-se também compreender a potência de um trabalho de supervisão clínica institucional num município de pequeno porte para o fortalecimento da RAPS como instrumento de práticas educativas no cuidado integral em saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

De acordo com Amarante e Torre (2018), historicamente, a sociedade sempre produziu espaços de reclusão para lidar com as pessoas que geram algum incômodo social, dentre elas, aquelas com doença mental. Dessa maneira, segundo os autores, o louco foi retirado da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento político e social que se coloca na função de reestruturar a assistência às pessoas em sofrimento mental, rompendo com essa lógica excludente, através da produção de espaços de cuidado em saúde mental no território e articulados em rede. Porém, como destacam Amarante e Torre (2018), as estruturas manicomiais precisam ser substituídas por espaços de produção cultural e econômica, que permitam a participação na vida da cidade. Os autores destacam, ainda, a potência da arte-cultura como instrumento para repensar o lugar social da loucura e da diferença, favorecendo sua inserção na cidade e na democracia e contribuindo para a reapropriação da cidade pelas pessoas que foram excluídas por não se adequarem aos padrões de normalidade ditados pela sociedade.

Evidenciando convergências e divergências, pretendemos compreender como o termo território tem sido considerado no pensamento da reforma psiquiátrica brasileira, esclarecendo os diversos usos da palavra e apontando possíveis correlações para a chamada reinserção social de pessoas com sofrimento mental grave (FURTADO *et al.*, 2016). Em uma primeira acepção, o território é citado como o espaço fora do hospital e adjacente ao serviço de saúde, cujos moradores ou frequentadores podem fazer uso deste serviço (FURTADO *et al.*, 2016). O território se refere também pela composição de rede de apoio, como a família, e possui uma relação contextual de lazer, rotinas, pessoas e outros. O espaço territorializado não é apenas cenário do poder, mas também um de seus fundamentos e principais instrumentos.

Koga (2003) assinala que o território remete não somente aos aspectos objetivos da realidade vivida pelas populações, mas envolve igualmente sua dimensão subjetiva. A autora acrescenta ainda que, pensar na política pública a partir do território exige um exercício de

revista à história, ao cotidiano, ao universo da população que vive no território. Isso expressa a necessidade de repensar alguns modelos e a partir disso, pensar ações voltadas para intersectorialidade, reconhecendo a importância dos diferentes setores e da forma singular de cada território reforçando e respeitando a característica local, levando aos pertencentes o mínimo de direitos sociais e a universalização desses.

Deste modo é preciso destacar que o territorial visa buscar uma ligação e vinculação com o lugar, respeitando as dimensões da territorialidade humana ao se considerar o sofrimento sendo observado dentro do seu lugar de convívio familiar e comunitário.

A Atenção Primária à Saúde prima pela organização territorial dos serviços de saúde. O território é um componente fundamental na organização dos serviços, pois é a partir deles que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional. É considerada um lugar importante na construção da lógica de cuidados em saúde mental, visto que, pela proximidade com a comunidade, são oferecidos os manejos e resultados positivos diante das diversas situações. Tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade, e da participação social (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, uma das ações que potencializam o cuidado integral é o apoio matricial com as equipes de saúde da família, o que reforça a integralidade do cuidado e as demandas de saúde mental do território. Na Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no SUS (2004) o apoio matricial aparece como dispositivo de humanização, a partir da proposta de uma nova forma de relacionamento entre profissionais, usuários e serviços, ampliando as práticas de atenção. Consolidar o modelo de matriciamento nacional de saúde baseado nas necessidades integrais da população enquanto espaços de atendimento compartilhado, visando troca de saberes entre diversos profissionais e a superação da fragmentação do processo de trabalho decorrente das especialidades traz muitos desafios.

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial é uma metodologia que depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio. O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado, portanto, um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a

atenção primária. Nessa proposta, visa-se a transformação da lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação (BRASÍLIA, 2011). Assim,

[...] o matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (BRASÍLIA, 2011, p.14-15).

Nesse novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, ganha importância o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASÍLIA, 2011). Este pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). Ele pode ser sugerido nos casos que exigirem maior articulação da equipe e nas situações em que há necessidade de ativação de outras instâncias como os recursos comunitários e outros serviços de saúde e instituições intersetoriais (BRASIL, 2013).

Esse novo modelo de cuidado possibilita às equipes a concentrar as intervenções baseadas na identificação das condições dos modos de vida da população, suas potencialidades e seus fatores de risco. Também possibilita mapear os equipamentos e serviços disponíveis, às organizações comunitárias, entre outros recursos com vistas a ampliar a capacidade de intervir no território em direção à melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população (GODIM & MONKEN, 2008).

Mencionar o território como possibilidade de um cuidado compartilhado em saúde traduz, portanto, a responsabilidade profissional de promover ações como o apoio matricial que visem analisar as condições de saúde daquele local, de forma mais próxima da população em busca de respostas às necessidades e os problemas de saúde de maior prevalência na população e seus determinantes sociais.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 A Rede de Atenção Psicossocial de São Joaquim de Bicas

Em conformidade com a Portaria 3.088/2011 que instituiu 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, o município de São Joaquim de Bicas constrói e estabelece os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. A RAPS municipal é constituída pelos seguintes componentes:

I- Atenção Primária à Saúde:

- a) Unidades Básicas de Saúde;
- b) Equipe Multidisciplinar;
- c) Equipe de Atenção Prisional;
- d) Equipe de Atenção à População Específica (Indígena).

II- Atenção Secundária à Saúde:

- a) Equipe Especializada

III- Atenção Psicossocial Especializada:

- a) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I

IV- Atenção de Urgência e Emergência:

- a) Unidade de Pronto Atendimento – UPA;

V- Atenção Hospitalar:

- b) Serviço Hospitalar de Atenção à Crise – Instituto Raul Soares - IRS

A Atenção Primária de Saúde no município é composta por 13 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo que 10 equipes estão localizadas nos territórios urbanos e rurais. Possuem o objetivo de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essas são compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. Outras 3 equipes estão instaladas no Sistema Prisional que o município possui.

A equipe multidisciplinar do município é composta por psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Estes apoiam as ações em saúde mental nos territórios e a Equipe de Saúde da Família está estruturada com atendimentos individuais, de grupos, palestras, apoio matricial e diagnóstico de fenômenos que possam contribuir para o adoecimento, tanto emocional quanto psíquico, e possíveis sintomas

desencadeadores de alteração de comportamento.

No âmbito da atenção psicossocial especializada, o município de São Joaquim de Bicas possui uma unidade CAPS 1 com funcionamento de 08:00 às 17:00hs e conta com os seguintes atendimentos: acolhimento, atendimento individual e grupal, permanência-dia, oficinas terapêuticas, visita domiciliar, busca ativa, medicação em domicílio, atendimento e orientação à família, alimentação, transporte, passeios e matriciamento em saúde mental. A unidade atende pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes. Esta conta com os seguintes profissionais: psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicóloga, assistente social, auxiliar de higienização, administrativo, motorista, coordenação, porteiro e vigia.

Outro espaço da rede de atendimento e garantia de direitos se apresenta na reunião Socioassistencial que acontece uma vez por mês, que reúne os seguintes equipamentos: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Educação, Equipe Multidisciplinar e CAPS 1. No que se refere à retaguarda em saúde mental, a rede conta com o apoio de pernoite na Unidade de Pronto Atendimento e no Instituto Raul Soares em Belo Horizonte.

3.2 A experiência de trabalho no CAPS 1 e a supervisão clínico institucional

A partir da experiência da autora como coordenadora de saúde mental do CAPS 1, foi possível vivenciar desafios e possibilidades que instigaram a analisar o cuidado integral em saúde mental no município de São Joaquim de Bicas. Naquele contexto, a RAPS possuía pontos fortes como, por exemplo, equipes dispostas a tecer mudanças em prol do sujeito, autonomia para tomadas de decisões, apoio da gestão (secretária de saúde) quanto a mudança do fluxo municipal, articulações territoriais positivas em atenção ao acolhimento dos pacientes, boa adesão da proposta de trabalho na rede intersetorial, adesão de portarias que culminou em verbas que favoreceu a reorganização dos serviços do ponto de vista de recursos humanos e materiais.

O percurso, contou ainda com pontos fracos os quais foram atravessados atravessado por conflitos na equipe e em alguns pontos da rede que levaram a reflexões sobre a importância de uma boa comunicação e que a falha desta descontinua toda proposta de trabalho articulado

e que o paciente se destaca como o mais prejudicado.

No início, em 2018, foi de suma importância o exercício de observação do modelo de trabalho da equipe do CAPS 1 por parte da coordenadora, e a partir de então, iniciou-se uma coleta de dados. A coleta teve como ponto de partida, averiguar quando se poderia investir mais no trabalho em rede. Para tal, foi necessário a fonte RAAS e, de forma complementar, instrumentais independentes, propostos pela coordenação, que possibilitaram levantamentos de dados como, por exemplo, regiões predominantes de referência e contrarreferência, números de suicídios, lesões autoprovocadas, crises na adolescência e outros que se fizeram necessários para compreender os territórios e suas particularidades. Esse levantamento de dados era feito pela equipe do CAPS 1, e se justificou devido ao alto número de encaminhamentos por parte da Atenção Primária ao CAPS 1, os quais não estavam sendo discutidos e, portanto, ao chegar ao serviço, boa parte era devolvida. Neste contexto, o sujeito e seu sofrimento não estavam sendo o ponto central na construção do trabalho em rede, mas sim encontravam-se em um jogo de responsabilidades entre equipes.

Apesar da fragilidade quanto a um planejamento teórico e técnico acerca da educação em saúde mental na APS, os membros da equipe do CAPS 1, à sua vez, se empenharam em contribuir com a alimentação dos dados, além da disponibilidade, proatividade e criatividade em tecer diferentes práticas educativas nas atividades grupais na unidade do serviço.

No caso do município em questão, algumas lacunas foram percebidas, não por falta de mérito profissional, mas talvez por falta de incentivos como, a educação permanente. Com a chegada da supervisão, percebeu-se que o CAPS 1 estava sendo utilizado como ponto central de atenção aos casos de saúde mental. Percepção essa que foi constatada a partir da implementação de instrumentais criado pela coordenação. Outro ponto percebido foi a falta de compreensão por parte da rede sobre o real papel do CAPS 1 no município, situação está que foi trabalhada através de escuta, tanto das equipes da APS, quanto da equipe multidisciplinar.

Com a chegada da supervisão em 2021, foi acrescido um novo modelo de trabalho. A partir disso, iniciaram-se reuniões e oficinas internas com a equipe do CAPS 1 que destacou como resultado principal a falha na comunicação e o fluxo de referência e contrarreferência. A partir do interesse, das leituras realizadas sobre o tema abordado, e do questionamento proposto pela supervisão, iniciou-se o movimento de tentativa de mobilização das equipes dos territórios como porta de entrada dos casos, a partir do fortalecimento da APS. Deste modo, deu-se início

ao trabalho com as Equipes de Saúde da Família do município.

3.3 Intervenção da saúde mental junto à Atenção Primária à Saúde

Com base em informações colhidas com a equipe do CAPS 1, as reuniões de matriciamento já aconteciam, apesar de não se precisar desde quando, com a periodicidade mensal e se formatava como ponto central de encaminhamentos e agendamento de consultas referência.

Considerando esse contexto e, a partir do início da supervisão clínica institucional, foi proposto visitar as Unidades Básicas de Saúde a partir de novembro de 2021. Foram realizadas reuniões com dez equipes de ESF, os encontros contaram com a presença do supervisor, coordenação de saúde mental, membros da equipe do CAPS 1, coordenação da Atenção Primária à Saúde e coordenação da equipe multidisciplinar. A partir da utilização da técnica de rodas de conversa, foi possível fomentar temas relevantes sobre a potencialidade dos territórios como provedor de novas possibilidades de modificação e qualificação das condições de vida e de saúde.

Alguns temas e propostas foram trabalhadas como, a ansiedade na adolescência em parceria com a Política de Educação, onde foi organizado um circuito de palestras com os adolescentes e professores em momentos diferentes. A Política de Assistência Social que nos possibilitou levar o cuidado individual para o cuidado coletivo através das oficinas aplicadas dentro do Caps e Esporte como provedores de grupos de intervenção coletiva onde os pacientes se deslocavam para o ginásio poliesportivo para o desenvolvimento integrado de atividades esportivas e o desenvolvimento de grupos com idosos e mulheres com uso de plantas medicinais como saber popular embutido no PTS, através da equipe multidisciplinar.

Em meio às angústias e alegrias, foi necessário também, abordar o acolhimento com as equipes não só da Atenção Primária, mas também do CAPS 1 e equipe multidisciplinar. Considerando que “o acolhimento realizado nas unidades de saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário” (BRASIL, 2013 p.29), foi possível reconhecer essa fragilidade em todos os pontos da rede, com predominância na equipe do CAPS 1 e multidisciplinar.

A partir desses trabalhos coletivos e apoio da supervisão clínica institucional às equipes de saúde mental e a Atenção Primária de Saúde do município, que antes eram totalmente

divergente, passaram a dialogar em prol de um objeto comum: a centralidade do cuidado no sujeito. O trabalho de apoio matricial junto às equipes de Saúde da família buscou refletir e responder às reais necessidades de saúde da população dos territórios de referência. Se antes eram realizados encontros mensais que tinham um perfil centrado em encaminhamentos, com a chegada da supervisão, os encontros passaram a ser semanais e divididos por área e com participação dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada ESF por reconhecerem o seu saber sobre o contexto de vida das famílias.

O trabalho do apoiador matricial junto às equipes de Saúde da família se deu pela divisão de territórios, onde cada técnico de referência assumiu uma determinada área, buscou refletir e responder às reais necessidades nos territórios de referência com apoio das ACS e as reuniões eram divididas por área e aconteciam na Unidade Básica de Saúde, como forma de aproximar os técnicos do CAPS 1 das equipes de saúde da família, além de oportunizá-los a encontrar os sujeitos que ali vivem e contextualizar suas demandas ao movimento vivo e natural do território.

A condução dessa atividade junto às Equipes de Saúde da Família possibilitou o reconhecimento dos casos de transtorno mental e de dependência de drogas que se encontravam sem assistência multiprofissional à saúde mental, assim, como outras situações que remetem a distintas políticas de atuação, como por exemplo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), foi possível ainda, identificar dispositivos nos territórios que contribuíram com a reinserção social para uma oferta de acompanhamento integral e humanizado.

Com a chegada da supervisão também foi proposta a construção dos casos a partir do Projeto Terapêutico Singular, baseado no compartilhamento dos saberes e construção coletiva dos casos mais complexos na perspectiva da cogestão e corresponsabilização pelo processo do cuidado, respeitando as necessidades de cada território e orientados pela produção de saberes. O propósito inicial foi tentar romper com o modelo existente, substituindo então, por um modelo que ofertasse elementos baseados na necessidade subjetiva de cada sujeito em sofrimento psíquico, ampliando as necessidades de análise dos diversos aspectos que permeiam o cuidado em saúde mental e o aprimoramento de competências da equipe (BRASIL, 2014).

4) PRINCIPAIS APRENDIZADOS

O processo de reforma psiquiátrica convida a todos os profissionais e serviços a

repensarem o seu fazer em saúde mental, numa lógica de cuidado que promova a desinstitucionalização, a valorização da fala do sujeito e a superação da atenção centrada na medicalização, para assim pensar em processos terapêuticos que possam ou não produzir a reinserção social dos usuários.

Ao longo da atuação da autora, evidenciaram-se caminhos que propiciou reflexão a cerca do trabalho desenvolvido no município para construção de novas propostas de trabalho, ressignificando as ações e obstáculos no cuidado integral em saúde mental do ponto de vista da rede. Além disso, o processo de supervisão elucidou muitos caminhos que antes não eram percebidos entre as equipes. Foi possível também, a inserção de um fluxo que permitiu estreitar a comunicação entre a APS, equipe multidisciplinar e equipe do CAPS. Promovendo então uma atenção mais integral e menos fragmentada dos casos.

É importante destacar que esse trabalho só foi possível, porque de maneira geral as equipes foram receptivas às ações propostas pelo supervisor mesmo havendo uma resistência inicial por parte de alguns profissionais que traziam em seus discursos a referência da lógica do medo e do risco para a sociedade, pensamento este vinculado no imaginário social sobre a loucura.

Nota-se que a supervisão constitui um caminho importante, referenciado por abordagem de trabalho, respeitando a dificuldade e singularidade de cada área profissional. Acredita-se que o trabalho compartilhado possibilitou agregar saberes e reflexões positivas no sentido de desfazer o mito ou preconceito em relação aos ditos popularmente como loucos.

No que se refere aos obstáculos, fica evidente a necessidade de educação permanente em relação ao aprimoramento de estratégias, abordagens e dinâmicas de trabalho em grupo para o cuidado em saúde mental sob uma perspectiva integral. Com relação ao CAPS 1, houve dificuldades de compreensão sobre seu papel como espaço institucional de matriciamento para as equipes de Saúde da Família. Pois é papel do CAPS 1 também dar suporte, discutir, intervir, supervisionar e capacitar os profissionais da ESF.

Essa vivência como coordenadora de saúde mental também permitiu inferir sobre o potencial positivo junto a APS no cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico de seu território. Sendo assim, fica a convicção de que essas ações foram transformadoras aos processos de trabalho das ESF à medida que a lógica da segregação e da estigmatização da doença mental foi sendo desconstruída, qualificando assim o acolhimento, o cuidado e a

assistência aos usuários de saúde mental a fim de que realmente haja uma transformação do lugar da loucura no meio social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência da autora deste trabalho e suas inquietações no campo de trabalho como coordenadora de saúde mental do CAPS 1 foi possível vivenciar desafios para a integralidade do cuidado à saúde mental em São Joaquim de Bicas. Destacou-se no período estudado, que a observação inicial feita, bem como o levantamento de dados realizados pela equipe do CAPS 1 foi o caminho percorrido primeiramente.

Com a chegada da supervisão clínico institucional, que o município foi contemplado a partir da resolução SES/MG nº 7.168 de 20 de julho de 2020, práticas educativas com ênfase no trabalho da RAPS do município foram possibilitadas, além das sensibilizações e intervenções com a equipe do CAPS 1 também foi possível intervir junto à Atenção Primária à Saúde, pautando o início da construção do fluxo de referência e contra referência dos casos de saúde mental e possibilitando oportunidades na mobilização das equipes dos territórios como porta de entrada dos casos.

Os efeitos da supervisão produziram maior aproximação entre as equipes da APS e do CAPS 1, construções de PTS e a qualificação da referência e contrarreferência - conquista essa, que por vários momentos parecia impossível. Nesse contexto, considerar o sujeito como ponto central das ações de apoio matricial em saúde mental foi de suma importância para que o trabalho nos territórios fosse valorizado como o lugar onde a vida individual e coletiva acontecem.

Constatou-se que as práticas territoriais configuraram possibilidades para o desenvolvimento e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. O trabalho orientado pela perspectiva territorial ofereceu, nessa experiência, horizontes criativos para um cuidado integral em saúde mental. Houve dificuldades, como a falta de comunicação entre as equipes de apoio matricial e a equipe do CAPS 1. Em alguns momentos, parecia impossível o estreitamento das ações. Para tanto, o processo de supervisão também auxiliou como mediação das relações de trabalho e fortalecimento das práticas intersetoriais, assim não só na Política de Saúde foi trabalhada, mas foi fundamental a aproximação de outros pontos da rede como Assistência Social e Educação. Destarte, foi possível valorizar abordagens em saúde mental que

reconhecem a dinâmica da vida das pessoas, suas complexidades e lutas, bem como seus processos territoriais, incluindo as dimensões da política, da sociabilidade e da cultura popular.

Não podemos deixar de mencionar, a reforma psiquiátrica como um norteador do trabalho nos territórios. Sem ela não seria possível quebrar os muros e fantasmas que, mesmo ainda estando presentes em alguns espaços, seguimos firmes para que a loucura seja vista e tratada de forma humanitária. Os desafios estarão sempre presentes, mas é preciso resistência para com o cuidado. O sofrimento, a vulnerabilidade, a medicalização, a patologização e as dores serão sempre um cotidiano. A luta antimanicomial, contudo, será sempre um compromisso dos usuários e trabalhadores, por isso, precisamos estar firmes. Desistir jamais!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. **“De volta à cidade, sr. cidadão!”**- Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Revista de Administração Pública, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª Edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** (2014). HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PASCs). Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental na Atenção Básica e Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Caderno de atenção básica**, n. 39. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Saúde Mental. **Caderno de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em : <https://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/cadernos> - atenção- básica - 34 - saúde - mental.pdf

CAMPOS, G. W. de S. & DOMITTI, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(2), 399-407.

CHIAVERINI DH, GONÇALVES DA, BALLESTER D, TÓFOLI LF, CHAZAN LF, ALMEIDA N, FORTES S. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Ministério da Saúde, **Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva [Internet]**. Brasília, 2011.

GODIM, G. M. M., & MONKEN, M. (2008). Territorialização em Saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2a ed. rev. ampl., p. 392-399. Rio de Janeiro, RJ: ESPJV.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 9 [Acessado 6 Agosto 2022], e00059116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>>. Epub 10 Out 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>.

KOGA, D. Medidas de Cidades. **Entre territórios de vida e territórios vividos**. São Paulo: Cortez, 2003.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 615-634. BRASIL. Portaria 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)** in <https://www.planalto.gov.br>.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. **Cuidado em saúde no território na interface entre saúde mental e estratégia de saúde da família**. Fractal: Revista de Psicologia, Niterói, v. 29, n. 1, 2017. Doi: 10.22409/1984-0292/v29i1/1375. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5115/4966>. Acesso em: 12 maio 2020.

Relação das ações a serem executadas com a utilização dos recursos em supervisão clínico institucional no município de São Joaquim de Bicas:

AÇÕES
Efetuar encontros semanais, com discussões de casos ou exame de situações relativas ao processo de trabalho, a partir da análise da instituição e da atuação da equipe;
Realizar diagnóstico do Serviço e da Rede (apontar dificuldades, desafios e outros inerentes ao fluxo de trabalho).
Apoiar as ações de matriciamento.
Promover sensibilização dos profissionais para atuação do serviço do CAPS seguintes modalidades: Permanência Dia – PD; Acolhimento dos pacientes; Projeto Terapêutico Singular - PTS dos usuários; oficinas; medicalização com ênfase na Urgência e equipes de referência.
Realizar trabalho junto a equipe de referência em relação à desospitalização aos pacientes com alta de hospitais psiquiátricos dentro e fora do hospital;
Abranger supervisão de judicialização na saúde mental, Internação compulsória, desinstitucionalização;
Apoiar as reuniões intersetoriais (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar).
Orientar os trabalhos realizados com os usuários dentro do serviço, bem como na rede e no que se refere às dificuldades com usuário de álcool e outras drogas.

1. – Especificações / por serviço contemplado.

São Joaquim de Bicas – MG CAPS I
Ações a serem desenvolvidas:

Mês 1

Trabalhar planejamento voltado para construção das ações da supervisão

Visitar/conhecer as equipes da RAPS, realizar debates, discussões e elaborar plano de intervenção anual;

Realizar mapeamento por setor com o objetivo dos segmentos de maior desafio;

Discutir com a equipe de matriciamento e propor supervisão dos casos;

Supervisionar os projetos terapêuticos individuais dos usuários;

Supervisionar e orientar as demandas dos usuários infanto-juvenil do CAPS;

Elaboração de um diagnóstico do serviço e da rede.

Mês 2

Manter supervisão nos casos de matriciamento;

Discutir e apoiar a construção do projeto institucional do serviço e de gestão do CAPS;

Mês 3

Manter supervisão nos casos de matriciamento;

Orientar sobre os manejos de usuários de álcool e outras drogas do CAPS e da rede;

Supervisionar as ações de cuidado no território na perspectiva da redução de danos que possam estimular a autonomia e protagonismo dos usuários.

Mês 4

Aprimorar o trabalho já realizado, orientar quanto ao manejo dos casos graves com as equipes de Urgência e Emergência;

Manter supervisão nos casos de matriciamento; Propor novos espaços coletivos para discussão da política e cuidado ofertado, junto aos usuários da RAPS; Trabalhar a reinserção psicossocial.
Mês 5 Discutir, apoiar, fomentar e executar outras ações relevantes para a qualidade da RAPS; Manter supervisão nos casos de matriciamento; Realizar supervisão em relação ao atendimento familiar.
Mês 6 Supervisionar os casos de Tentativa de Auto Extermínio junto às equipes da RAPS; Manter supervisão nos casos de matriciamento; Ofertar suporte à equipe técnica do serviço na Urgência;
Mês 7 Supervisionar a judicialização na saúde mental – Internação compulsória, involuntária e desinstitucionalização. Manter supervisão nos casos de matriciamento;
Mês 8 Reavaliar os processos de trabalho no intuito de aprimorar o já realizado no CAPS; Supervisionar as reuniões intersetoriais (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar)

Manter supervisão nos casos de matriciamento;
Mês 9 Trabalhar em articulação com as demais redes assistenciais, principalmente a da Atenção Básica e com os outros serviços de saúde mental, numa abordagem psicossocial; Manter supervisão nos casos de matriciamento; Incluir supervisão em relação a crise.
Mês 10 Avaliação do trabalho da equipe de referência; Avaliação da medicalização; Manter supervisão nos casos de matriciamento.
Mês 11 Reforçar o trabalho voltado para o acolhimento nos territórios e redes sociais de apoio, garantindo, assim, um serviço que realmente substitua o modelo hospitalocêntrico; Manter supervisão nos casos de matriciamento;
Mês 12 Manter supervisão nos casos de matriciamento; Avaliar junto a equipe o diagnóstico do Serviço e da Rede revisando os pontos negativos e positivos ao longo da supervisão no que se refere ao fluxo de trabalho com a rede.

Apoiar na finalização dos trabalhos com uma proposta de Seminário visando apresentar um diagnóstico dos maiores desafios e problemas enfrentados abordando também a desconstrução de mitos sobre a loucura e para um cuidado assistencial levando em conta a cidadania e o manejo clínico respeitoso, além de questões como autonomia do sujeito e trabalho junto com o território.