



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIA FERNANDA LIRANI DOS REIS

INTEGRAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL: IMPACTOS
DE UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS
GESTORES

CAMPINAS

2023

MARIA FERNANDA LIRANI DOS REIS

INTEGRAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL: IMPACTOS
DE UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS
GESTORES

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva
na área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em
Saúde.

ORIENTADOR: DR. BRUNO FERRARI EMERICH

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA MARIA FERNANDA LIRANI DOS REIS E ORIENTADA PELO
PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L67i Lirani dos Reis, Maria Fernanda, 1995-
Integração da rede de cuidados em saúde mental : impactos de uma pesquisa de implementação na perspectiva dos gestores / Maria Fernanda Lirani dos Reis. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Bruno Ferrari Emerich.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde mental. 2. Ciência da implementação. 3. Gestor de saúde. I. Emerich, Bruno Ferrari, 1983-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Integration of the mental health care network : impacts of an implementation research from the manager's perspective

Palavras-chave em inglês:

Mental health services

Implementation science

Health manager

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Bruno Ferrari Emerich [Orientador]

Erotildes Maria Leal

Thiago Lavras Trapé

Data de defesa: 01-02-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-1944-8502>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4738348472233149>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARIA FERNANDA LIRANI DOS REIS

ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

2. PROF. DRA. EROTILDES MARIA LEAL

3. PROF. DR. THIAGO LAVRAS TRAPÉ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 01/02/2023

Ao meu pai, Amilcar Francisco dos Reis, que perdi tão cedo durante essa trajetória e que sempre me será inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família, tanto a consanguínea quanto aqueles que a compõem por escolha e afinidade.

Começo pelos aparentados, mas não excludo aqueles que já não estão neste mesmo plano. Agradeço à minha mãe, por toda referência de educação, de força e exemplo de empoderamento feminino. Ela sempre me ensinou a potência do meu lugar de mulher no mundo, mulher que faz e acontece em sua própria vida, o que me lembra o trecho desse poema: “Para a mulher tudo corre sem parar, que nem um rio, cheio de redemoinhos, e turbilhões, e cachoeiras, mas correndo sem parar. É assim que a mulher encara a vida. A gente não morre, a gente continua... muda, talvez, um pouco, mas continua sempre firme.”.

Ela me tornou segura do que quero e do que não quero, sem perder a leveza de às vezes só relevar e rir nas alegrias da vida. Minha mãe me ensinou sobre “apesar de...”, em que as problemáticas da vida são inevitáveis, e a vida, impermanente, não pode nos parar, é um eterno continuar, sem parar, “apesar de...”. Mãe, obrigada por sempre reforçar o meu valor e ser meu afeto e lar, mas, também, por me provocar avanços e despertar focos e sonhos grandes. Agradeço por ter na figura materna uma grande amiga, íntima, parceira e cúmplice de todas as horas. Fora isso, também agradeço pelas roupas lavadas e comidas quentinhas na mesa, esses detalhes de carinho com certeza facilitaram o percurso enlouquecido da vida.

Agradeço ao meu irmão e às minhas duas irmãs, pois cada um, a seu modo, participou e ainda participa, ora me ofertando cuidados, ora sendo cuidados por mim. É assim que somos, sempre ali quando um de nós precisa de algo. À minha caçula, obrigada pela doçura de nossa relação meio mãe-filha, em que podemos inverter nossos papéis de afeto em diversos momentos, e que me mostra sua força a cada dia mais. Ao único irmão homem, agradeço por toda admiração, carinho e incentivo que sempre dedicou a mim. Isso com certeza me impulsiona cada vez mais. À minha irmã mais velha, confidente, com quem posso ser transparente, agradeço pelas tantas e tantas conversas

escancaradas sobre a vida, agradeço por ter esse espaço importante com alguém como você.

Agradeço aos meus avós, Orlando, Maria e Rosana, por todo carinho recebido e incentivos dedicados a mim. Agradeço, também, à minha avó Marli, pois sei do desejo que tinha em me ver mulher, e sei que de algum lugar ela me vê, me acompanha e interfere nos meus passos.

Agradeço ao meu pai, que desencarnou em 2021 durante o desenvolvimento deste trabalho, vítima da Covid-19. Perdê-lo foi difícil para mim por inúmeros e complexos motivos, que nem sei explicar ou nomear, mas posso dizer que tê-lo em minha vida, esse pai exatamente como era, um homem que não foi apenas meu progenitor, mas cujo papel, hoje sim, compreendo que teve em minha vida. A você pai, que, dentro de nossa fé, ainda vive em algum lugar, agradeço por ter sido quem foi para mim. Ter sido sua filha me fez alguém melhor. Agradeço por toda a inspiração de cuidado e amor que você fez nascer em mim. Você me ensinou muitas coisas sem nem saber. Me fez mais humana para a vida e para as pessoas. Tem um pouco de você em cada ser humano de quem eu cuido, em cada vida que eu, de algum modo, contribuo para que tenha seus cuidados de saúde mental recebidos em liberdade, em sociedade, para que tenham produção de vida, qualidade de vida. Obrigada por nossas últimas conversas, que ressoam muito bem ainda em minha memória e que agora fazem todo sentido para mim.

Da parte da minha família por escolha, agradeço ao meu parceiro Gabriel, meu anjo na Terra, amante e amigo. Você foi meu fã nº 1, que sempre me incentivou e foi quem me impulsionou a iniciar essa trajetória e persistir nesse caminho. Obrigada por acreditar tanto em mim, pelo seu olhar de credibilidade, confiança e admiração, ao ponto que, de tanto me dizer, me fez acreditar e realizar. Obrigada por todo colo, carinho e palavras. Você é respiro em meio à loucura da vida. Obrigada por ser a pessoa que é para mim.

Também agradeço aos meus amigos, minha família por afinidade, que foram todos tão importantes no recarregar de energias durante o processo desses anos de trabalho, com risadas, vinhos e inúmeros momentos alegres. Obrigada à minha irmã de alma, Maria Eduarda Rangel, por ser essa parceira tão parecida comigo. Nossa loucura, humor, temperamento, empenho e visões de vida são gêmeas e me fazem acreditar em amizade verdadeira para o resto

da vida. Obrigada por existir na minha vida! Agradeço à minha amiga Leticia Elias, por me ensinar coisas que nem imaginei aprender, por me fazer sair da minha caixinha, me fazer repensar questões que não valem a pena, por me mostrar, além de coreografias (rs), como é bom ter uma amiga fiel e luz, como você é para as pessoas. Agradeço a outros tantos amigos, importantes na minha concepção e construção/desconstrução constante de ser.

Agradeço aos meus parceiros de trabalho desta caminhada, que durante todo esse tempo compartilharam conhecimento e também angústias comigo. Agradeço ao grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, esse foi o espaço onde mais me senti acolhida na vida, assim como em meu mini grupo de trabalho de Itatiba, que, além de ser afetivo, também me mostrou as dádivas de poder contar com um coletivo que de fato se apoia e trabalha unido, um pelo outro. Obrigada a Michelle Chanchetti, parceira que admiro muito e que me ensinou manejos que a academia por si só não ensina. As entrelinhas todas do caminho foram Michelle, Rodrigo Presotto e Carlos Treichel que me ensinaram. Obrigada! Agradeço igualmente aos meus parceiros mestrandos que dividiram comigo essa caminhada de novas descobertas, com muitas risadas e apoio diante das angústias, dos medos, dúvidas e sensação de insuficiência de tempo quanto aos nossos prazos. Foi muita cabeça sendo quebrada (rs) para aprender os processos burocráticos da Plataforma Brasil e nas submissões de artigos, e grande parte do processo só foi possível graças às nossas trocas, conversas e a pensarmos juntos. Agradeço por termos dividido o experimentar dessas vivências novas em comum para nós. Nós nunca estivemos sozinhos (Sulamita, Livia, Rosa, Kaleb).

Agradeço imensamente à Prof. Dra. Rosana Onocko Campos, pela abertura de portas e pela oferta de espaços importantes de aprendizado coletivo. Com ela, e acompanhando/compondo seus projetos, eu obtive conhecimentos acadêmicos extremamente importantes, mas, observando a forma de fazer acontecerem as coisas dentro do grupo da Prof. Rosana, eu aprendi coisas muito mais valiosas, que com certeza me modificaram não apenas como profissional, mas que trouxeram ganhos pessoais imensuráveis. Muito obrigada aos envolvidos.

Por último, e não menos importante, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Bruno Emerich, pela paciência, pela prontidão impagável, pela disponibilidade toda vez que precisei, pelas contribuições no pensar da saúde mental, tanto com reflexões e provocações quanto pelas referências bibliográficas indicadas e sempre lembradas (rs). Obrigada Bruno por ter tornado esse processo mais leve graças à sua forma de conduzi-lo, com humor, sem pressão, mas sempre atento a me oferecer um gás com os prazos, sendo presente e dando o suporte necessário, me propiciando, também, a autonomia importante que adquiri a partir disso. Muito obrigada!

Agradeço pelo auxílio financeiro recebido da CAPES, que foi essencial para possibilitar a disponibilidade necessária para a concretização dessa pesquisa. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradeço, também, à Prefeitura Municipal de Itatiba e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município, pela parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela receptividade das portas abertas e pela confiança concedida. Agradeço aos gestores entrevistados nesta pesquisa pela sua participação e pelas contribuições para a construção da presente tese.

E esse caminho
Que eu mesmo escolhi
É tão fácil seguir
Por não ter onde ir
Controlando
A minha maluquez
Misturada
Com minha lucidez...”

(Raul Seixas – Maluco Beleza)

RESUMO

As práticas de educação permanente buscam dissolver as fragilidades do sistema de saúde por meio de reflexões coletivas acerca da realidade dos serviços. Entraves nas políticas de saúde mental geram o desafio de operar na construção de uma rede de assistência integrada e articulada, podendo utilizar as pesquisas de implementação no favorecimento de programas e políticas de saúde mais efetivos. O objetivo deste estudo foi avaliar os impactos da implementação de dispositivos de integração de rede de saúde mental em um município paulista de médio porte, na perspectiva dos gestores. Trata-se de um estudo qualitativo-participativo, que compõem parte da avaliação final de uma pesquisa de implementação de dispositivos de integração de rede para a qualificação do cuidado em saúde mental. Foram avaliados os impactos do “*Processo de Educação Permanente*” implementado na rede, ou seja, os efeitos diante dos principais investimentos e estratégias utilizados durante o percurso da pesquisa, sendo permeado pelas seguintes ações: 06 “Encontros de Educação Permanente” voltados para a qualificação do cuidado em saúde mental; a construção de um “Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental”; e “Oficinas para matriciadores”. Na coleta de dados, foram realizadas entrevistas com 06 gestores dos principais pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Para análise dos dados, após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi utilizada a Análise de Conteúdo Categorical Temático. Como resultados obtidos, foram observados os efeitos que impactaram em uma comunicação mais facilitada entre os serviços, havendo maior aproximação entre os profissionais, com maior reconhecimento do apoio matricial como estratégia potente para o trabalho articulado em rede, havendo, também, qualificação no momento do compartilhamento dos casos atendidos. Percebeu-se mais ênfase por parte dos gestores no investimento em ofertas terapêuticas que incluam o uso de recursos coletivos e comunitários na assistência. Algumas dificuldades estruturais e relativas à escassez de recursos humanos foram apontadas, assim como os prejuízos a partir da destituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que ocorreu no município. Assim como apontado na literatura, as Pis mostram-se potentes aliadas na qualificação do cuidado em saúde. Houve melhora na integração da rede assistencial em saúde mental, na medida em que a implementação favoreceu a construção de dispositivos de trocas nos serviços, com destaque para a educação permanente, que permitiu a reorganização dos equipamentos. Observa-se, no entanto, que a integração do Ambulatório de Saúde Mental com a Rede de Atenção Psicossocial segue sendo um desafio.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; ciência da implementação; gestor de saúde.

ABSTRACT

Permanent education practices seek to dissolve the weaknesses of the health system through collective reflections on the reality of services. Obstacles in mental health policies generate the challenge of operating in the construction of an integrated and articulated assistance network, being able to use implementation research to favor more effective health programs and policies. The objective of this study was to evaluate the impacts of implementing mental health network integration devices in a medium-sized city in São Paulo, from the perspective of managers. This is a qualitative-participatory study, which forms part of the final evaluation of a research on the implementation of network integration devices for the qualification of mental health care. The impacts of the "Process of Permanent Education" implemented in the network were evaluated, that is, the effects on the main investments and strategies used during the course of the research, being permeated by the following actions: 06 "Meetings of Permanent Education" aimed at qualification of mental health care, the creation of a "Committee for Permanent Education in Mental Health", and "Workshops for matrix supporters". In data collection, interviews were conducted with 06 managers from the main points of the Psychosocial Care Network. For data analysis, after full transcription of the interviews, Categorical Thematic Content Analysis was used. As results obtained, the effects that impacted on easier communication between services were observed, with greater approximation between professionals, with greater recognition of matrix support as a powerful strategy for articulated work in a network, with also qualification when sharing data. cases attended. More emphasis was perceived on the part of managers in investing in therapeutic offers that include the use of collective and community resources in care. Some structural difficulties and in relation to few human resources were pointed out, as well as the losses from the dismissal of the Family Health Support Center that occurred in the municipality. As pointed out in the literature, the IPs are powerful allies in the qualification of health care. There was an improvement in the integration of the mental health care network to the extent that the implementation favored the construction of exchange devices in the services, with emphasis on permanent education, which allowed the reorganization of equipment. It is observed, however, that the integration of the Mental Health Outpatient Clinic with the Psychosocial Care Network continues to be a challenge.

Keywords: mental health services; implementation science; health manager.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Composição dos participantes das turmas dos Encontros de Educação Permanente.....	50
Figura 1.....	70
Quadro 2 – Composição dos participantes entrevistados na avaliação da implementação.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AM - Apoio Matricial

CAC - Centro de Atenção à Criança

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP - Comitê de Educação Permanente

CGP - Comitê Gestor de Pesquisa

CID - (Classificação Internacional de Doenças)

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PI - Pesquisa de Implementação

PSF - Programa de Saúde da Família

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

REME - Movimento de Renovação Médica

SUS - Sistema Único de Saúde

SM - Saúde Mental

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ToC - Theory of Change

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1. Introdução.....	17
1.1 A loucura e a Reforma Psiquiátrica.....	17
1.2 Rede de Atendimento.....	19
1.2.1: Atenção Especializada – CAPS.....	19
1.2.2: Atenção Básica.....	22
1.2.3: Ambulatório de Saúde Mental.....	26
1.3: Integração de Rede.....	28
2. Objetivos.....	30
3. Metodologia.....	31
3.1 A Pesquisa Ampliada.....	31
3.2 Pesquisa de implementação.....	31
3.2.1 Pré-implementação.....	32
3.2.2 Implementação.....	37
3.2.3 Pós-implementação.....	42
3.3 Participantes.....	42
3.4 Critérios de inclusão.....	43
3.5 Campo.....	44
3.6 Construção de dados.....	44
3.7 Aspectos éticos específicos.....	45
3.8 Análise de dados.....	46
4. Resultados e discussão.....	47
5. Conclusão.....	85
6. Referências.....	86
7. Apêndices.....	93
8. Anexos.....	98

1. INTRODUÇÃO

1.1: A loucura e a Reforma Psiquiátrica

No decorrer das décadas passadas, a assistência à saúde mental nem sempre foi vista como uma necessidade de cuidado, de modo que a Reforma Psiquiátrica foi o marco principal na construção de um olhar humanizado para o sofrimento mental. O processo da Reforma Psiquiátrica teve diversas implicações sócio-político-culturais para chegar à contextualização das modalidades de práticas que são aplicadas no cuidado à saúde mental atualmente¹.

Desse modo, o cuidado na loucura historicamente foi entendido a partir das internações, que estiveram atreladas como principal estratégia para lidar com uma série de problemáticas de caráter econômico, social e político. Os considerados “loucos” eram aqueles que viviam uma conduta considerada fora dos padrões da moral e da ética da época e, por isso, eram abrigados em casas de internamento. A partir do contexto histórico e político do nascimento do capitalismo, a psiquiatria surgiu na tentativa de suprir respostas em relação a uma série de problemáticas sociais advindas da rearticulação da dinâmica social da época. Assim, a loucura passou a ser um problema que exigia olhar médico, no qual o louco recebeu o status de doente mental e, a partir desse sentido, firmou-se o surgimento da psiquiatria¹.

No entanto, foi somente após a Segunda Guerra Mundial na Europa, onde muitos soldados que sofriam de distúrbios mentais eram levados para os Hospitais Psiquiátricos, que começaram a surgir reflexões e críticas acerca dos tratamentos hospitalocêntricos. Este fato levantou comparações a respeito da violência presente nos campos de concentração da época do nazismo, colocando em questão o método desumano que mantinha descaso sobre os internados, assim evidenciando a necessidade de se modificar a maneira como eram tratados os mesmos¹.

As mudanças na área da psiquiatria passaram a ter seu enfoque voltado à importância da saúde mental e não somente na doença mental em si. Em 1948, o direito à saúde passou a ser um direito social, que surgiu diante das críticas quanto ao método da medicina (focado na cura de sintomas orgânicos),

de modo que passou-se a refletir - a partir da criação da Organização Mundial da Saúde - OMS - sobre a promoção da saúde em sua totalidade. O conceito de saúde deixou de se limitar apenas a inexistência de patologia, e começou a caracterizar-se como um estado mais amplo de bem-estar, no qual a saúde estava relacionada também ao estado mental, social e físico do indivíduo, analisando-o em sua completude de ser humano¹.

Ao redor do mundo, mudanças foram acontecendo de maneira progressiva. Na Inglaterra, foi proposto pela primeira vez a ideia de Comunidade Terapêutica e as Psicoterapias de Grupo. Já na França, surgiu a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, enquanto nos Estados Unidos apareceram as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva e, na Itália ergueu-se o Movimento de Desinstitucionalização. São esses movimentos que começaram a transformar o conceito de modelo asilar tradicional, tendo também grandes contribuições do predomínio da Psiquiatria Preventiva. Contudo, as inúmeras críticas sobre a ineficiência dos hospitais psiquiátricos ainda não questionavam as funções de controle social que os mesmos mantinham¹.

Segundo Amarante², outros processos também foram importantes para o desenvolvimento de novas políticas e propostas de atendimento na área da saúde mental, bem como no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo que o Movimento da Reforma Sanitária foi um dos principais movimentos da época, pois buscava em suas denúncias a democratização da saúde para que a mesma fosse acessível a todos os públicos, a fim de tornar a saúde um direito social².

Na Itália, as contribuições das fortes críticas do psiquiatra Franco Basaglia a respeito dos tratamentos oferecidos, considerava que os manicômios destruíam o doente mental devido a esta ser uma instituição de forte violência. A busca de Basaglia tinha principalmente o objetivo de conseguir desconstruir os saberes psiquiátricos, que incluía a ideia da eliminação dos manicômios, originando-se as modificações na assistência. Foi a partir da criação da lei de Basaglia, conhecida como Lei 180, que houve a unificação da assistência à saúde mental juntamente a legislação sanitária no país, garantindo alguns direitos aos doentes mentais, um avanço em direção a

evolução de seu modelo utilizado na Itália, que serviria como modelo para o início da Reforma Psiquiátrica que aconteceu no Brasil logo à frente³.

Alguns movimentos que se instalavam nesse período também tiveram sua influência durante a Reforma Psiquiátrica, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que tiveram início no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e o Movimento de Renovação Médica - REME, tendo papéis fundamentais para que houvesse uma reformulação na rede assistencial. O MTSM foi uma luta popular que trouxe ideias referentes ao processo de não institucionalização, com o intuito de minimizar os malefícios causados pelas internações, tendo como maior influência o Movimento de Desinstitucionalização praticado na Itália. As denúncias desse movimento comparavam os maus tratos que ocorriam dentro dos Hospitais Psiquiátricos com as torturas da ditadura militar².

No início da década de 1980, após os contestamentos sobre o funcionamento do modelo hospitalocêntrico (modelo utilizado na época), surgem novas questões que revelariam a necessidade da criação de uma rede de apoio extra-hospitalar, passando a existir as primeiras propostas de mudança no setor da saúde pública. A partir da criação do SUS- Sistema Único de Saúde no ano de 1990 e o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que buscava direitos às pessoas com transtornos mentais e abolição dos manicômios no Brasil, vários outros movimentos se instalaram, dando lugar à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental⁴.

Constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) diferentes pontos, tais quais, os Centros de atenção Psicossocial (CAPS), a atenção de urgência e emergência, a atenção básica (AB) em saúde, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, assim como as estratégias de desinstitucionalização e as estratégias de reabilitação psicossocial⁵. Na sequência, serão abordados especificamente os pontos que se inserem na pesquisa em questão, sem com isso desconsiderar a relevância e funções dos demais equipamentos de saúde da RAPS⁵.

1.2 Rede de Atendimento -

1.2.1: Atenção Especializada - CAPS

Os marcos que ocorreram entre as décadas de 80 e 90, como a experiência do primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo (Prof. Luiz da Rocha Cerqueira), conhecido como CAPS Itapeva, e a implementação do primeiro NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial na cidade de Santos inspiraram as primeiras normas federais que garantiram a implantação de novos serviços sendo nomeadas assim as diferentes modalidades de atendimento em substituição aos hospitais psiquiátricos, compostos de normas para fiscalização⁴.

Porém, apesar de instituídas as normatizações do Ministério da Saúde quanto ao funcionamento dos novos serviços, a expansão dos CAPS e NAPS encontravam dificuldades, visto que ainda não tinham uma linha específica de financiamento⁴.

Após 12 anos de espera, no ano de 2001 a Lei Federal 10.216 Paulo Delgado foi sancionada no Brasil, conseguindo propor a regulamentação dos direitos que promovem proteção às pessoas com transtornos mentais, dessa forma ampliando as formas de assistência social e atenção à saúde mental, porém, ainda sem muita ênfase para a extinção dos manicômios. Neste progresso, com o relevante acontecimento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi firmada uma política de recursos humanos e algumas ações do governo também foram criadas a fim da assistência ser centralizada para um modelo de atenção comunitária. Com isso, expandiu-se a Reforma Psiquiátrica, que se firmou como política oficial do Governo Federal, no qual linhas específicas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para serem voltadas para os serviços de atenção comunitária, atribuindo ao CAPS a principal mudança na função de modelo de assistência⁴.

A criação dos CAPS foi uma das mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe como alternativa extra-hospitalar e que também foi responsável pela diminuição de internações decorrentes do novo modelo assistencial. Os CAPS são unidades que oferecem atendimentos substitutivos ao regime ambulatorial e à internação em Hospital Psiquiátrico e seu atendimento é direcionado à saúde mental de crianças, adultos e dependentes de álcool e drogas que procuram esse local como referência para conseguir obter tratamento adequado para suas patologias, visto que seu estado necessita de cuidado intensivo, apoio comunitário e também um auxílio promotor de vida⁶.

Composto por uma equipe multiprofissional, o CAPS oferece atendimentos que visam à reinserção do indivíduo na sociedade pelo acesso ao trabalho, lazer, e fortalecimento do vínculo dos mesmos para com os seus familiares e com a sua comunidade, assim como proporciona um acompanhamento clínico e um projeto terapêutico singular de modo a oferecer atendimento personalizado (Brasil, 2004). Uma vez em que os CAPS têm seus atendimentos voltados às pessoas com transtornos mentais, é importante a busca pelo fortalecimento das relações sociais do sujeito em sociedade, promovendo sua autonomia e favorecendo a reinserção deles na comunidade, convidando-os a serem os protagonistas e responsáveis pela trajetória de seu tratamento⁴.

Ainda sobre o objetivo do CAPS, cabe a este serviço acolher e oferecer tratamento e atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Os CAPS se diferenciam pela clientela atendida, e pelo porte que possuem para atendimento. No caso dos CAPS I, CAPS II e CAPS III, estes são voltados para atendimentos de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e se diferenciam de acordo com o tamanho da população do município. Os CAPS I são os de menor porte, para municípios com população acima de 15.000 habitantes, os CAPS II são considerados como de médio porte, são indicados para municípios que tenham população maior a 70.000 habitantes, enquanto os CAPS III são os de maior porte e atendem a municípios que tenham população superior a 150.000 mil habitantes, sendo que este último é considerado como de grande complexidade, pois funciona 24h por dia, todos os dias da semana e possuem capacidade para acolhimento noturno⁵.

Os CAPSi são voltados para atendimento especializado em crianças e adolescentes, e os CAPS ad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Assim, o que define a rede de atenção à saúde mental é o perfil de cada cidade (Brasil, 2005). É importante mencionar que com o movimento de desinstitucionalização, além da criação dos CAPS, também foram criados outros modelos assistenciais que visam reintegrar as pessoas com transtornos mentais à sociedade, no qual o SUS vem buscando ampliar os modelos de atenção com o intuito de substituir os manicômios, com a implantação dos NAPS, dos Hospitais-Dia, dos Serviços

Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa, os Centros de Convivência, os Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, entre outros serviços⁶.

Além dos serviços especializados em saúde mental, outros pontos da rede também recebem demandas de casos que envolvem sofrimento mental.

1.2.2: Atenção Básica

A Atenção Básica – AB é a porta de entrada do sistema de saúde⁷ oferece uma série de ações que envolvem o cuidado integralizado, sendo definida pelo Ministério da Saúde⁸ como:

A Atenção Básica é o 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 (1).

A AB ainda recebe diariamente uma expressiva demanda de casos com implicações voltadas à saúde mental, porém, a falta de preparo técnico, a ausência de habilidades dos profissionais, a carência de investimento da gestão e a falta de suporte quanto às diretrizes do Ministério da Saúde acabam trazendo prejuízos nos atendimentos desse público, que não recebe acolhimento e uma escuta adequada, acarretando a chamada medicalização do sofrimento⁷.

A refletir sobre a proporção da problemática vivenciada na saúde mental, o Ministério da Saúde aponta que 20% da população do Brasil pode necessitar de cuidados relativos à saúde mental, de modo que 3% dos brasileiros possuem transtornos mentais severos e persistentes, demandando de cuidado contínuo, enquanto os 9% com transtornos menos graves necessitariam eventualmente de cuidados e 8% apresentam transtornos relativos ao uso

abusivo de álcool e outras drogas, precisando de acompanhamento regularmente⁷.

A ausência de políticas efetivas para a população com transtornos menos graves, o que implica diretamente no desafio de instalar políticas públicas em saúde mental que operem de maneira mais ampla, a construir uma rede de assistência de trabalho de maneira integrada e articulada entre si, com destaque para a integração entre a Atenção Básica e os serviços especializados - os CAPS⁷.

Como tentativa de superar a fragmentação do cuidado e ampliar o acesso dos usuários, foi criado O Programa Estratégia de Saúde da Família, agora chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem o objetivo de superar e transformar o modelo tradicional de atenção à saúde, priorizando o trabalho multidisciplinar e ações territoriais, que enfatizem o vínculo entre equipe de saúde e usuários⁷.

As ESF, criada na década de 90, têm papel estratégico na aproximação da Saúde Mental e Atenção Básica, conseguindo resultados progressivamente positivos no quesito da saúde coletiva, oferecendo em suas propostas, maior integralidade da atenção à saúde. A ESF é formada por equipes da Atenção Básica e é composta por médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, que atuam na promoção de saúde e prevenção de doenças. No entanto, a realidade do cotidiano dessas equipes, apresentam demandas ligadas à saúde mental (SM), o que explicita a necessidade de diálogo entre a rede, que articula saúde mental e Atenção Básica assim como assistência por parte deste ponto da rede de atenção.^{49 7}

A ESF marca um avanço significativo das políticas do SUS, em que as trocas que o Programa oferece revela a quantidade de demandas de saúde mental que a Atenção Básica esbarra em seu cotidiano, além de demonstrar o papel estratégico que a Atenção Básica tem devido a sua proximidade com a comunidade e as famílias. Uma vez em que todo problema de saúde também inclui aspectos mentais e subjetivos no objetivo de produção de saúde, é importante e necessária a integração da saúde mental juntamente com a atenção básica⁴.

Em 2003, o Ministério da Saúde realizou a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da

Atenção Básica, nº 01/03, e, com o objetivo de aproximação da saúde mental com a atenção básica, este documento trouxe a proposta do Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes de Atenção Básica, incluindo a Formação como forma de Inclusão da Saúde Mental nas configurações do serviço prestado na Atenção Básica, propiciando parcerias intersetoriais que favorecem uma rede que passa intervir de maneira articulada com outros setores das políticas públicas, oferecendo acolhimento e responsabilização compartilhada sobre os casos, tirando do centro a prática dos encaminhamentos⁷.

Mais a frente, em janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado como forma de apoio aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, sendo composto por diversos profissionais que são responsáveis por realizar o matriciamento das equipes, sendo que cada NASF fica responsável por algumas unidades da ESF. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família têm como objetivo favorecer a construção da articulação entre os diferentes pontos da rede, como os serviços especializados e de referência, com o intuito de propiciar o acompanhamento longitudinal e a chamada articulação de rede⁷.

De acordo com Onocko-Campos⁹ o NASF tem como princípios fundamentais: “intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia” (2). Ainda, ressalta-se a ideia de uma rede de atenção que funciona a partir da lógica de um trabalho articulado e integrado entre os diferentes níveis de atenção, com parcerias intersetoriais em associação com outras políticas públicas⁹.

Visto que nem sempre a atenção básica consegue ter condições no que envolve o manejo no cuidado a questões de saúde mental, o Ministério da Saúde vem estimulando diretrizes que englobem aspectos subjetivos para atendimentos de usuários que envolvam questões de sofrimento mental, o que favorece a responsabilização da produção de saúde em sentido mais abrangente. Em municípios com menos de 20.000 habitantes, é estimulado que a rede de cuidados em saúde mental se estruture a partir da Atenção Básica, que deve receber apoio de equipes de saúde mental, colocando em prática a lógica de apoio matricial para as equipes da AB⁴.

Uma das diretrizes propostas como suporte oferecido a AB é o Apoio Matricial, uma metodologia de trabalho que visa garantir retaguarda especializada para profissionais e equipes de saúde e suporte técnico-pedagógico voltado às equipes de referência. A prática do apoio matricial busca amparar equipes responsáveis, não em funcionamento hierarquizado, mas utilizando de diferentes sujeitos e saberes em benefício de procedimentos dialógicos, criando-se espaços coletivos de trabalho em saúde. O apoio matricial (AM) busca o desenvolvimento de trabalhos mais eficazes e que aconteçam de maneira interdisciplinar, exigindo, além de uma comunicação mais efetiva entre os diversos profissionais, um responsável que procure integrar a participação dos diversos pontos de serviço da rede ^{10º 7.}

A ideia de apoio matricial é apontada pelo Ministério da Saúde⁴ a partir da definição:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (34).

A responsabilização compartilhada dos casos contribui para a consequente diminuição dos encaminhamentos, a favorecer a capacidade de solucionar problemas de saúde pela equipe local. Mesmo nos municípios que contam com serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial, a lógica do apoio matricial pode trazer benefícios quanto ao compartilhamento de casos, ações de supervisão, atendimentos conjuntos e elaboração de estratégias construídas coletivamente para a superação de problemáticas dos usuários, despertando ações que sejam menos segregadas e estigmatizadas, mas que utilize recursos comunitários na reabilitação psicossocial dos sujeitos, tornando mais efetiva a atuação de ambos os campos - saúde mental e atenção primária⁴.

Por outro lado, mesmo com iniciativas desse segmento, a execução prática dos ideais de funcionamento eficaz para a RAPS - como o apoio matricial - confronta com diversos desafios e entraves na realidade do cotidiano principalmente na área da saúde mental, isso porque as mudanças propostas esbarram em aspectos que envolvem conceitos que partem desde as menores concepções pessoais e culturais, até questões políticas abrangentes. Desse modo, o tema saúde-doença traz dificuldades relacionadas aos aspectos subjetivos de cada profissional, mas também a significativas dificuldades de atuação dos profissionais na Atenção Básica, consequência esta que é advinda de implicações específicas ligadas à formação acadêmica⁷.

Em relação a formação dos trabalhadores, visto a falta de capacitação dos profissionais de diversas categorias no que concerne às demandas ligadas ao manejo de problemas relacionados à saúde mental, é enfatizada a necessidade de formação técnica continuada, que tenha sua ênfase baseada na vivência cotidiana dos serviços. Assim, o cuidado verticalizado deve ser extinguido, passando a existir espaços de atuação conjunta na qual todas as ações dos serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, possam atuar em conjunto entre os diversos níveis de atenção, praticando um cuidado articulado em rede⁷.

Para a concretização desse ideal, a Educação Permanente (EP) surge como uma proposta importante na superação dos modos atuais de operação do sistema de saúde, visto que permite as trocas e a articulação entre o campo da gestão, atenção e os saberes relacionados à formação para superação dos problemas das equipes de saúde em seus locais e territórios de atuação⁶ em contraposição à organização em que parte dos profissionais atuam no setor físico/orgânico do usuário, enquanto profissionais 'psis', ficam responsáveis pelos problemas psíquicos⁷.

Campos, Sena e Silva¹¹ apontam que práticas de educação permanente tem impactos significativos no que diz respeito ao aprendizado obtido por meio de problematizações coletivas e reflexivas acerca da realidade cotidiana dos serviços de saúde, havendo o reconhecimento da expressiva importância de práticas educativas em relação ao processo de trabalho. Os autores ainda mencionam que nas práticas de educação em que as problematizações são levantadas, é favorecido também o efeito de transformação das estruturas

sociais e consequente percepção sobre a relevância do comprometimento e da reflexão no que favorece a compreensão da realidade complexa dos serviços de saúde, contribuindo não somente para a percepção, mas para a “ação-reflexão-ação” (4).

1.2.3: Ambulatório de Saúde Mental

O ambulatório de saúde mental oferece assistência especializada que conta com regularidade de atendimentos que acontecem mediante agendamento e que podem ser realizados tanto individualmente quanto em grupos. Dentro do modelo ambulatorial, pode-se encontrar modalidades que funcionem com pronto-atendimento ou não, passando a ter tempo de espera para atendimentos¹².

Os ambulatórios de saúde mental têm como característica particular o cuidado a partir da psicoterapia grupal ou individual, o que se diferencia da proposta da ESF e também não se encaixa no perfil dos usuários que fazem parte da clientela do CAPS. Por outro lado, o atendimento no ambulatório não é excludente ao acompanhamento em outros dispositivos da rede, podendo um mesmo usuário fazer acompanhamento na Atenção Básica e também no ambulatório de saúde mental concomitantemente¹².

A partir da reforma psiquiátrica, torna-se imprescindível que os sujeitos sejam vistos e cuidados a partir de sua singularidade e complexidade, considerando-os como sujeitos autônomos e de direitos, que requerem um olhar de cuidado que seja ampliado na direção da atenção psicossocial¹².

Uma vez que os ambulatórios preveem atendimentos individuais e até possam abranger grupos voltados para pais de adolescentes e crianças, matriciamento, grupos de apoio, reunião de equipe e etc., ainda assim, o foco dos atendimentos ambulatoriais que ainda concentram-se na especificidade do processo de queixa-sintoma, em uma prática que se guia de maneira continuada e com previsão de alta, refletindo em um viés de trabalho que não valoriza sua subjetividade, reduzindo o sujeito a códigos científicos a partir de sua orientação psiquiátrica e com base em diagnósticos encontrados em manuais como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e o CID (Classificação Internacional de Doenças). Em meio a esse

caminho, perde-se o prezar pela experiência do sujeito com o sofrimento em que o sintoma aparece como expressão¹².

Refletindo sobre o ambulatório, é importante despertar para que discussões acerca de diferentes elementos dentro do campo da saúde mental possam existir-resistir, a fim de não engessar o funcionamento dos serviços de saúde para moldes que limitam sua clínica apenas ao atendimento em consultório, valorizando a potência de ter as ESF aliadas como mais um espaço e instrumento na saúde mental, que permite a reorganização dos fluxos de funcionamento dos dispositivos a partir da corresponsabilização e caminhe na contramão da lógica de encaminhamento para a especialidade¹².

1.3 Integração da Rede

No sistema atual de cuidado ao sofrimento mental, existe uma rede de serviços e as ações voltadas à saúde mental que faz parte do Sistema Único de Saúde, de modo que a rede é regulamentada pelos princípios do SUS e é organizada de forma hierarquizada e regionalizada, dividindo-se a nível de esfera de governo estadual, regional e municipal⁴.

Os princípios do SUS incluem o acesso universal à integralidade das ações de saúde, que devem ser oferecidas de maneira articulada entre os diferentes níveis de atenção do sistema, seguindo também o princípio de equidade, sem privilégios e garantindo o acesso igualitário aos serviços⁴.

No entanto, é notório o caráter fragmentado de atuação no sistema de saúde, dominado por relações hegemônicas que geram inúmeros prejuízos para o tipo de cuidado que é oferecido, no qual extingue-se o cumprimento dos princípios propostos pelo SUS: integralidade, universalidade e igualdade. Como proposta de superação do cuidado fragmentado, em 2010 o Ministério da Saúde propôs o estabelecimento de diretrizes que organizassem o SUS através de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), em busca de integrar diferentes pontos de serviços de saúde, que devem atuar inter-relacionados¹³.

Dentro do conceito da RAS a principal característica da composição dessa Rede de Serviços está em um trabalho seja guiado pelo conceito de horizontalização, de modo que o cuidado ofertado abandona os paradigmas

verticalizados e passa a se organizar mantendo canais ativos de comunicação entre os serviços, com relações que se estabelecem lado a lado¹³.

Conseguir oferecer um atendimento adequado às pessoas com transtornos mentais implica diretamente em conseguir articulação de rede entre os diversos serviços, visto as diversas demandas que estão imbricadas no processo de quebrar paradigmas, estigmas e preconceitos que foram instalados por séculos na sociedade. Atualmente, a RAPS ainda demonstra um trabalho fragmentado e que pouco executa os benefícios de um trabalho com ênfase em dispositivos de articulação de rede, o que aponta a necessidade de formação técnica-específica para a efetividade de práticas integrativas e articuladas¹³.

Considerando o cenário inicial do campo de pesquisa, em que os processos de trabalho aconteciam de maneira fragmentada e a realidade dos serviços do município não tinha em sua prática a articulação de rede, foi feita a encomenda da pesquisa para a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a pedido da Prefeitura do referido município, com o intuito de qualificar o cuidado em saúde mental, com ênfase para a qualificação das equipes NASF.

Torna-se importante destacar que ao longo dos três anos de investimentos realizados pelos pesquisadores neste campo, o cenário de pesquisa não contava com políticas de integração de rede, passou quatro vezes por troca de secretário municipal de saúde, enfrentou as dificuldades do distanciamento social consequentes da pandemia da Covid-19, refletindo em contratempos para a efetivação das ações em campo, além dos novos desafios que foram postos à Política Nacional de Saúde Mental no Brasil a partir da diminuição de investimentos e da desvalorização da saúde mental advindo da nova gestão da esfera federal.

Contudo, ressalta-se o impacto e importância que as figuras de gestão, em seus diferentes níveis de poder, têm em suas funções de liderança que lhes confere autonomia para sustentar mudanças e qualificar esses espaços.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar e discutir a efetivação e os impactos da implementação de dispositivos de integração de rede em um município de médio porte, na perspectiva dos gestores.

Objetivos específicos

- Identificar quais práticas e estratégias de articulação de rede foram implementadas conceitual e empiricamente nos serviços;
- Analisar os impactos de uma pesquisa de implementação na prática e realidade dos serviços;
- Discutir a construção e consolidação de estratégias de articulação de rede após o término da implementação;

3. Metodologia

A presente pesquisa tem sua metodologia voltada ao caráter qualitativo-participativo. A metodologia das pesquisas qualitativas vem sendo bastante utilizada no âmbito da Saúde Coletiva, visto que possibilita estudarmos os processos humanos que não têm enfoque voltado a biotecnologia e a saúde epidemiológica-científica, repleta de números e cálculos. É importante ressaltar que os aspectos qualitativos e quantitativos não trazem em seus paradigmas a discussão referente à medida de qualidade, mas sim a possibilidade de a saúde ser analisada em diferentes polaridades, sendo consideradas as metodologias quali e quanti como podendo ter olhares e enfoques diferentes para um mesmo questionamento no que diz respeito à compreensão do amplo fenômeno saúde, que é marcado pela interdisciplinaridade¹⁴.

As perspectivas das metodologias qualitativas não buscam encontrar dados objetivos, ou que se revelem por meio de dados diretos e concretos, ao contrário, o objetivo das pesquisas quali tem enfoque primordial centrado na intersubjetividade das relações sociais¹⁴.

Além disso, segundo Turato¹⁵ dentro dos métodos qualitativos, o olhar do pesquisador é voltado para o significado das coisas, mais especificamente, dentro da saúde, o significado das relações e experiências que envolvem o processo saúde-doença, a saber fatores que caminham desde a adesão dos pacientes, a vivência em relação a doença, a compreensão de pensamentos, sentimentos e comportamentos dos doentes, de seus familiares e da equipe de saúde, torna-se essencial para qualificar e propiciar melhoras na relação “profissional-paciente-família-instituição” (4).

Esse projeto é parte de uma pesquisa ampliada de implementação de dispositivos de integração de rede (via apoio matricial) que teve seu enfoque na qualificação do cuidado em saúde mental na RAPS de Itatiba.

3.1 A Pesquisa Ampliada

3.2 Pesquisa de implementação

A pesquisa de implementação (PI)¹⁶ é reconhecida na literatura internacional como estratégia inovadora no campo da saúde, sendo considerada uma metodologia potente no favorecimento de programas e

políticas de saúde mais efetivas, visto sua função relevante e imprescindível no que concerne a implementação de políticas e programas de saúde pública. O reconhecimento das Pesquisas de Implementação na saúde acontece especialmente devido a esta metodologia considerar dados do “mundo real” no momento de seu planejamento, de modo que a configuração das aplicações é pensada levando em conta o contexto em que serão executadas as devidas abordagens, ações e intervenções, além de possibilitar que ao final seja feita uma avaliação da intervenção das mesmas em relação a efetividade dos efeitos da implementação¹⁶.

Conforme a literatura internacional, Proctor et al.¹⁷ esclarecem que as pesquisas de implementação utilizam variadas técnicas para sua realização, conciliando métodos mistos, ou seja, métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa em um mesmo estudo, sendo o recorte deste trabalho voltado para a metodologia qualitativa. Os autores ainda apontam que as pesquisas de implementação são divididas em três etapas: pré-implementação, implementação e pós implementação, ou avaliação final.

3.2.1 Pré-implementação

A primeira etapa, chamada de pré-implementação, configura-se como o momento de coleta de dados e investigação detalhada realizada à campo, em que ocorre levantamento aprofundado de informações que embasem as intervenções voltadas à implementação. Com o objetivo de estabelecer um diagnóstico situacional que subsidie o planejamento das ações que são percebidas como necessidade do local de intervenção, é possível obter-se um direcionamento baseado em evidências para guiar as ações voltadas à implementação¹⁶.

Logo no início da pesquisa, durante essa primeira fase, a fim de favorecer a participação das partes interessadas na pesquisa, foi firmada uma parceria com trabalhadores e gestores da rede, sendo implantado em janeiro de 2019 o Comitê Gestor de Pesquisa – CGP¹⁸ que foi formado pelos seguintes integrantes: membros do grupo de pesquisa Interfaces da Unicamp, uma professora representante parceira da universidade local, e trabalhadores de nível técnico e superior da rede, havendo representatividade da atenção

básica, da atenção especializada em saúde mental (Caps II e Caps AD), além dos gestores locais.

O Comitê Gestor de Pesquisa tinha seu objetivo principal relacionado ao viés participativo. Focando no engajamento das partes interessadas, o CGP foi pensado como estratégia de fomento à participação destas pessoas chaves durante o planejamento das ações de campo, para a execução delas, assim como para a avaliação final dos resultados obtidos na pesquisa, podendo potencializar a produção de mudanças efetivas no processo de trabalho em rede na saúde mental¹⁸.

Os participantes do CGP foram saindo e chegando conforme a mudança de gestão municipal, mas em sua maior parte, contava com a participação de cerca de 20 pessoas, havendo encontros que aconteciam com frequência mensal, sempre na 3ª quarta-feira do mês no período da tarde, com duração de cerca de 3 horas por encontro. Ao longo dos três anos de pesquisa, o CGP se manteve incorporado e somou um total de 117 horas de investimento por parte dos trabalhadores e pesquisadores neste espaço coletivo de troca¹⁸.

Durante os encontros do CGP, as pautas levantadas buscavam maior aproximação da pesquisa com as necessidades do contexto, fomentando discussões acerca das potências e fragilidades do trabalho em rede, assim como na elaboração de propostas de intervenção e na construção de ações conjuntas e em parceria.

Ainda durante a fase de pré-implementação, foi realizado um diagnóstico situacional que foi elaborado por meio de levantamento detalhado de dados a respeito do funcionamento da rede de saúde do município, no qual a coleta dessas informações foram levantadas a partir da abertura de cerca de 60.000 prontuários de diferentes serviços de atenção à saúde, assim como pela aplicação de questionários em trabalhadores, usuários e familiares de usuários, sendo realizados também grupos focais com trabalhadores da RAPS, agregando dados qualitativos que auxiliaram a subsidiar a dimensão das necessidades do município em seu contexto.

Após o diagnóstico situacional ter sido estabelecido com os dados que haviam sido levantados na Fase 1 (pré-implementação), foram realizadas as devolutivas referente a esses dados em 16 pontos da rede, sendo: 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família, (1) Caps AD, (1) CAPS II e o Ambulatório

Central de Especialidades, totalizando 48h de atividades para discussão acerca do diagnóstico situacional do município.

Dentre os achados encontrados na pré-implementação, alguns desses dados já foram referenciados bibliograficamente por outros integrantes de pesquisa, enquanto outros desses dados, são de elaboração própria do grupo de pesquisa. O diagnóstico situacional trouxe dados que pontuaram, na época os seguintes achados:

- 36% dos usuários de serviços especializados de saúde mental já haviam passado por uma internação de saúde mental¹⁹.

- À época do diagnóstico situacional, 60% dos usuários dos serviços especializados haviam acessado o serviço em tempo oportuno. Contudo, quando estratificado por serviço, foi observado uma grande variação dessa proporção, havendo uma alta prevalência de acesso oportuno entre os usuários do CAPS-AD, e uma baixa proporção entre os usuários do ambulatório²⁰.

- Foi encontrada uma alta proporção de usuários que não tinham diagnóstico atribuído no CAPS-AD e no ambulatório¹⁹.

- Apenas 37,8% dos usuários dos serviços especializados receberam algum cuidado de saúde mental na Atenção Primária¹⁹.

- Quanto a origem do encaminhamento dos usuários atendidos nos serviços especializados, a forma mais frequente de chegada ao serviço especializado foi demanda espontânea (34%)¹⁹.

Havia destaque a proporção expressiva de usuários do CAPS II que tiveram como origem o ambulatório, contrastando com a participação abaixo do esperado da Atenção Básica e demanda espontânea. Houve discreta participação da Atenção Básica no encaminhamento para o CAPS-AD em contraste com a alta participação dos serviços privados (comunidades terapêuticas). Também foi encontrado predomínio expressivo de demanda espontânea no Ambulatório, apontando o nível secundário de atenção como porta de entrada expressiva na rede de cuidado em saúde mental do município¹⁹.

- Quanto às ofertas terapêuticas recebidas pelos usuários de cada ponto de atenção no momento do diagnóstico situacional, os serviços se caracterizavam por oferecer majoritariamente consultas individuais, com exceção do CAPS-AD, que oferecia uma quantidade de consultas aquém do

esperado. Por outro lado, o CAPS-AD realizava uma maior oferta de atendimentos coletivos. Houve destaque também para o número de atendimentos individuais com profissionais da equipe multidisciplinar em todos os serviços¹⁹.

- Foi possível observar uma baixa oferta de cuidados clínicos, sendo o mais frequente nos CAPS II e AD a anamnese. No CAPS II havia uma discreta proporção de encaminhamentos para cuidados clínicos, e no CAPS-AD havia uma maior proporção de usuários que tinham seus sinais vitais aferidos¹⁹.

- Apenas 13,2% dos casos atendidos nos serviços ambulatoriais de saúde mental tiveram seu primeiro atendimento realizado na Atenção Primária¹⁹.

- Em relação a existência de registro quanto a determinadas condições de saúde e hábitos potencialmente nocivos entre os usuários de cada serviço no momento do diagnóstico situacional, foi destacado a alta proporção de dados faltantes nos serviços, especialmente no CAPS-AD, onde a falta de informações sobre tabagismo, etilismo e uso de SPA chamou atenção, e também no ambulatório, onde a falta de registro foi quase total¹⁹.

- A Atenção Primária tem conhecimento apenas de 40% dos usuários vinculados aos serviços especializados que eram moradores de área com cobertura de ESF²¹.

- Já a manutenção do vínculo dos usuários com os serviços de atenção básica após a entrada nos serviços especializados, à época do diagnóstico situacional, foi constatado que apenas 56,9% dos usuários dos serviços especializados mantinham vínculo com a atenção básica. Contudo, quando estratificado por serviço, foi observado uma importante variação dessa proporção, havendo uma baixa prevalência da mesma no CAPS-AD (37,1%) em comparação com os demais serviços²⁰.

- 37% dos usuários de serviços especializados de saúde mental tiveram seu problema identificado em uma situação de crise²¹.

- A proporção de usuários que recebiam visitas de Agentes Comunitários de Saúde nos momentos de diagnóstico situacional era de 39,6%²⁰.

- Sobre o perfil dos trabalhadores da rede que foram acessados pelo estudo no momento do diagnóstico situacional, à época, destacava-se a predominância de um perfil jovem e vinculado a pouco tempo na instituição.

- Aspectos do processo de trabalho dos profissionais relativos à prática de reuniões, discussões de caso e participação em atividades de matriciamento no momento do diagnóstico situacional mostrou que 51% dos profissionais não participavam da discussão de casos com outros serviços, nem dentro da equipe pertencente.

- Em relação às percepções do trabalho junto a pessoas com transtornos mentais entre os trabalhadores da atenção básica no momento do diagnóstico situacional, a época, se destacava o sentimento de uma parte importante dos trabalhadores de que os serviços de atenção básica eram impróprios para receber demandas de saúde mental, além do medo de uma possível agressão (68%), a sobrecarga em lidar com demandas de saúde mental e a baixa frequência de trabalhadores que recomendariam o serviço para algum amigo ou familiar com demandas de saúde mental.

- Também foram avaliados os graus de satisfação com o serviço, em que destaca-se que o grau de satisfação dos trabalhadores do ambulatório foi expressivamente menor em todos os subitens avaliados, em comparação aos demais serviços. O grau de sobrecarga dos trabalhadores também foi avaliado, identificando que o CAPS ad foi serviço que apontou maior prevalência de sobrecarga em todos os subitens avaliados e a sobrecarga referente às “repercussões emocionais do trabalho”, foi o subitem mais expressivo entre os quatro serviços.

- 35% dos trabalhadores do município estavam em risco ou em adoecimento emocional. 50% dos trabalhadores se sentem sobrecarregados em lidar com usuários com transtornos mentais e 20% tomavam psicotrópicos.

Ainda em relação às devolutivas, estas atingiram profissionais de toda a equipe dos serviços participantes, contando com uma apresentação singularizada dos dados por serviço. A devolutiva de dados permitiu que equipes entrassem em contato com ações de saúde produzidas pelo seu serviço; e com dados relativos a usuários de seu próprio serviço, o que proporcionou discussões sobre entraves no cotidiano dos serviços, assim como alternativas ao *modus operandi* e novas práticas de cuidado.

Os dados das devolutivas também possibilitaram discussões sobre a organização do trabalho em rede (entre os serviços da AB e Especializada) e ampliou as propostas da implementação que foram previstas no projeto inicial, fornecendo subsídio para aprimoramento do conteúdo que seria utilizado como estratégia de integração de rede na implementação.

Desta forma, os achados encontrados a partir das necessidades do contexto auxiliaram a delinear a elaboração e a realização dos “*Encontros de Educação Permanente*” voltados a qualificação do cuidado em saúde mental para os trabalhadores da RAPS de Itatiba, incluindo Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de nível técnico ou superior.

A metodologia dos Encontros de Educação Permanente teve seu conteúdo delineado a partir das seguintes ações:

- Encontro com os ACS, que contou com a realização de oficina de psicodrama e grupos focais;
- Dados coletados por meio de questionários da pré-implementação e
- Oficinas com o Comitê Gestor de Pesquisa (CGP)

Após pactuação realizada em oficinas de consenso²² com o CGP, o planejamento desenhado foi de que os encontros seriam compostos por dois momentos: encontros assíncronos, com atividades prévias às aulas como forma de aquecimento as temáticas que seriam discutidas, e também por momentos síncronos (encontros). Para o conteúdo dos Encontros de Educação Permanente foram definidos 5 eixos temáticos, sendo:

I - Integração de Rede: referência e contrarreferência entre os serviços e cuidado compartilhado;

II - Psicopatologia dos Transtornos Mentais;

III - Psicofarmacologia e Uso de Substâncias Psicoativas;

IV - Urgência e Emergência em Saúde Mental;

V - Atividades Grupais e Trabalho em Equipe.

3.2.2: Implementação

A segunda etapa, a fase de implementação, é a fase em que acontece a execução de fato da implementação, momento em que são colocadas em prática as ações e intervenções voltadas à implementação¹⁷. No nosso caso, a segunda fase trata-se da implementação de dispositivos de articulação de rede, com destaque para a implementação do Apoio Matricial Especializado²³.

Nesta etapa, a pesquisa ampliada teve como proposta principal os Encontros de Educação Permanente em saúde mental para os trabalhadores da RAPS de Itatiba.

- **Encontros de Educação Permanente:**

Os Encontros de Educação Permanente voltados aos trabalhadores e gestores da rede foi intitulado de “*Entre Redes*” e ocorreu entre julho de 2020 e junho de 2021, tendo seu enfoque voltado à qualificação de trabalhadores e gestores para o cuidado em saúde mental compartilhado entre os diferentes pontos da rede.

Como contratempo, surgiu a pandemia da Covid-19, que exigiu afastamento social e evitação de aglomerações. Devido às restrições impostas pela pandemia, as atividades tiveram que ser repensadas e adaptadas para o formato remoto, assim, os encontros que aconteceriam presencialmente, aconteceram online, utilizando de plataformas e aplicativos virtuais como o Google Sala de Aula, o Google Meet e o Whatsapp. Com as adaptações do modelo presencial para o online e as dificuldades impostas para a sociedade como um todo, houve um atraso significativo no início das turmas. Com isso, além das adaptações sobre o modo presencial, o atraso significativo na realização e prazo para finalização das turmas, a organização dos encontros em relação ao número de participantes por turma também teve que ser reorganizado. Então, o delineamento que anteriormente tinha proposta de 6 turmas composta por cerca de 20 trabalhadores por turma, passou a ser realizada em 4 turmas com 40 trabalhadores participantes.

Após as adaptações necessárias, na fase de implementação foram realizados os Encontros de Educação Permanente em saúde mental para profissionais da atenção básica e especializada. Nos encontros foram formadas: (1) turma piloto, que contou com a participação de 18 profissionais de nível técnico e superior e alguns integrantes do CGP, que auxiliaram no

delineamento do processo que aconteceria em seguida, (2) turmas compostas por trabalhadores de nível técnico e superior de diversas áreas e setores da saúde (assistência social, psicologia, medicina, auxiliar administrativo, dentistas e profissionais de enfermagem e de direito), além de (2) turmas voltadas a Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os encontros tiveram duração de 6 semanas, contando com encontros semanais de aproximadamente 3h que aconteciam em um dia fixado na semana. Os encontros totalizaram um investimento de 125 horas em que 148 trabalhadores e gestores foram participantes, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 1: Composição dos participantes das turmas dos Encontros de Educação Permanente

Turmas	Participantes
Turma Piloto	18
Turma 1 - Agente Comunitário de Saúde	33
Turma 2 - Agente Comunitário de Saúde	38
Turma 1 - Nível Técnico e Superior	28
Turma 2 - Nível Técnico e Superior	31
Total de participantes: 148	

- **Mapa da mudança e indicadores**

Em outubro e novembro de 2021 foram realizadas oficinas para o “Mapa da mudança” (Anexo I), seguindo a abordagem da Theory of Change (ToC) ²⁴, que é, uma forma compreender e ilustrar como, por que, e em que medida podemos esperar que tais resultados possam acontecer a partir de determinada intervenção, resultados podem ser esperados enquanto produção de uma determinada intervenção dentro da pesquisa de implementação (PI)²⁴. Como resultado do processo de elaboração da ToC²⁴, foi produzida uma representação gráfica da teoria. De acordo com Silva, Lee, Ryan (2015), essa representação gráfica assume um formato parecido com o de um diagrama que aponta os resultados intermediários, ou seja, as mudanças esperadas como

parte do resultado da intervenção que está sendo implementada), os resultados de longo prazo, e os indicadores vinculados aos resultados esperados, que são basicamente medidas ou marcos que vão possibilitar a identificação de mudanças e a proporção em que elas aconteceram²⁴.

Foram nomeados 8 indicadores:

1. Grau de aceitabilidade, adoção, adequação e viabilidade da intervenção
2. Proporção de usuários que receberam cuidados clínicos mínimos de saúde física
3. Proporção de trabalhadores e gestores capacitados para o cuidado articulado em rede;
4. Proporção de casos atendidos nos serviços especializados que são de conhecimento da Atenção Básica
5. Proporção de usuários acolhidos nos serviços especializados por meio de demanda espontânea
6. Proporção de usuários acolhidos nos serviços especializados a partir de encaminhamento da Atenção Básica
7. Reorientação do fluxo de encaminhamento entre o Caps AD e as comunidades terapêuticas
8. Incorporação do Comitê de Educação Permanente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Os indicadores estabelecidos na ToC²⁴ foram norteadores, servindo como inspiração para a elaboração das questões utilizadas no roteiro de perguntas semiestruturadas (Apêndice II) que foram utilizadas nas entrevistas desta pesquisa, visto que são indicadores focados nos resultados esperados com a implementação, correspondente ao objetivo deste estudo.

- **Suporte às reuniões de apoio matricial**

Após o término dos Encontros de Educação Permanente e a amenização dos casos da Covid-19 com a chegada da Vacina, começaram

algumas movimentações para a retomada das reuniões de Apoio Matricial no município, já que estas haviam sido suspendidas devido a evitação das aglomerações na época mais crítica da pandemia. Com o intuito de retomada das reuniões, foi solicitado suporte por parte dos pesquisadores para servirem de apoio a estas reuniões, que auxiliaram na consolidação destes encontros sistemáticos entre as equipes entre julho de 2021 e o outubro de 2021, participando de 12 reuniões de matriciamento, o que totalizou 40 horas de suporte às reuniões de apoio matricial.

Durante as reuniões de matriciamento foi percebido que, apesar das temáticas dos Encontros de Educação Permanente também ter focado no apoio matricial, foi sentida por parte dos gestores, trabalhadores e pesquisadores a necessidade de aprofundamentos a respeito das funções do apoiador e capacitar os trabalhadores para o matriciamento, qualificando o espaço do apoio matricial.

- **Oficinas para matriciadores:**

Em setembro e outubro de 2021 foram realizadas “*Oficinas para matriciadores*” que aconteceram em dois encontros, com o objetivo de capacitar os apoiadores. As oficinas tiveram duração total de 8 horas e aconteceram em um espaço aberto dentro do Caps AD, que contava com ventilação adequada e foi realizada respeitando as limitações impostas pela pandemia (havendo uso de máscara e disponibilização de álcool em gel no espaço). Participaram das oficinas de matriciamento cerca de 25 profissionais, com representação de trabalhadores da Atenção Básica e serviços especializados, além de gestores do ambulatório e do Caps II e Caps AD.

- **Transição do “Comitê Gestor de Pesquisa” para “Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental”**



Com a aproximação do término da pesquisa, durante as reuniões do Comitê Gestor de Pesquisa, começaram a surgir discussões sobre a

continuidade do espaço coletivo que foi construído no CGP ao longo dos 3 anos de pesquisa, além da importância da sustentabilidade das boas práticas em saúde mental. Como possibilidade sugerida entre os trabalhadores para que o trabalho que foi direcionado para o município não se perdesse ao longo tempo, surgiu a proposta de que o Comitê Gestor de Pesquisa, que iria em breve iria finalizar suas atividades, passasse pelo processo de transição para o que eles nomearam de Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental.

Dessa forma, com o objetivo de fortalecer a sustentabilidade da implementação e da manutenção dos avanços no cuidado articulado em rede e boas práticas de saúde mental, em janeiro de 2022 foi instaurado o “Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental” que conta com os mesmos participantes do antigo CGP e priorizou manter o mesmo formato e frequência dos encontros, constituindo-se como espaço-tempo para reflexão, trocas de experiências, planejamento de novas ações e propostas em educação permanente e articulação do cuidado em rede.

3.2.3: Pós implementação

Na terceira etapa das PIs, acontece a fase da avaliação final, também chamada de pós-implementação, nesta fase busca-se avaliar a efetividade da implementação e os impactos da mesma, utilizando os mesmos métodos e técnicas que foram utilizados a priori na coleta de dados¹⁷. A terceira fase é a etapa em que se localiza esse projeto que tem seu enfoque principalmente voltado ao momento da pós implementação, a avaliação da implementação. Ao final da implementação, serão identificados e analisados os impactos das intervenções realizadas em relação ao funcionamento e articulação da rede tanto na prática dos trabalhadores, quanto no cotidiano dos serviços, sendo reavaliados os aspectos levantados na pré-implementação, e discutidas as questões que envolvem e comparam as mudanças no funcionamento dos dispositivos de saúde no que concerne o antes e depois da implementação, junto aos trabalhadores e gestores que participaram do processo¹⁷.

3.3: Participantes

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 06 gestores da rede de Itatiba após o término das intervenções propostas durante a implementação no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Nessa parte do estudo, pretendeu-se considerar os gestores que compõem os principais pontos da Atenção Primária e da Atenção Especializada para serem entrevistados. A amostragem foi intencional e a fim de contemplar a heterogeneidade do campo de interesse para o desenho do estudo, contou com a participação de representantes de cada um dos pontos da rede supracitados.

Portanto, a amostragem contou com a participação dos seguintes gestores representantes: (1) gestora da Estratégia de Saúde da Família, (1) coordenador do CAPS II, (1) coordenadora do CAPS AD, (1) coordenador do ambulatório central de especialidades, (1) coordenadora dos Agentes Comunitários de Saúde e (1) coordenadora da saúde mental, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2: Composição dos participantes entrevistados na avaliação da implementação

Ponto da rede	Especificação dos participantes
Atenção Básica (Estratégia Saúde Família)	1 gestor
Atenção Básica (Coordenação ACS)	1 gestor
CAPS II	1 gestor
CAPS AD	1 gestor
Ambulatório de Especialidades	1 gestor
Coordenação de Saúde Mental	1 gestor
Total de participantes: 06	

3.4: Critérios de inclusão

A população elegível para essa pesquisa seguiu os seguintes critérios de inclusão: ser maior de idade; pertencer ao quadro efetivo de profissionais do município. Os critérios de exclusão serão: estar vinculado ao serviço por um período inferior a 6 meses.

3.5: Campo:

Itatiba é um município da região metropolitana de Campinas e possui cerca de 116 mil habitantes. Sua rede de Atenção Primária conta 312 profissionais que atuam em 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), às quais estão vinculadas 19 equipes de ESF. A rede de serviços de saúde mental do município é composta por: (1) CAPS II que conta com 13 profissionais, (1) CAPS modalidade AD que também conta com atuação de 13 profissionais, (1) Ambulatório Central de Especialidades e (1) Centro de Atenção à Criança - CAC, que contam com trabalhadores de diversas especialidades.

3.6: Construção de dados:

Ao final do processo de implementação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 6 gestores da rede de Itatiba.

As entrevistas foram conduzidas por um pesquisador da pós-graduação, tendo seu papel voltado a criar um clima favorável de modo que estimule o participante a discutir o tema e compartilhar suas opiniões (APÊNDICE FII).

Para realização das entrevistas, os gestores foram contatados via telefone para serem convidados a participar do estudo, e solicitados a comparecer no local do encontro, no dia e no horário marcado. Foi reservada uma sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se fosse assegurada a privacidade e facilitasse a entrevista. Foram fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, e caso o usuário aceitasse participar da mesma, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta como APÊNDICE EII em duas vias, cujo todas as laudas foram rubricadas, além de assinadas pelo participante e pelo

pesquisador na última lauda. Uma das vias ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

As entrevistas tiveram duração mínima de 30 min e máxima de 1h30min, tendo os seguintes procedimentos: apresentação do entrevistador; esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização de questões norteadoras e finalização da entrevista. As entrevistas foram audiogravadas com consentimento do entrevistado para posterior transcrição.

3.7: Aspectos éticos específicos

Esse estudo seguiu as recomendações éticas e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE: 00827918.8.0000.5404 e parecer aprovado sob o número 3.793.771. Além da adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os aspectos éticos foram atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados quando de interesse do participante e o anonimato dos entrevistados foi preservado. O estudo envolveu, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não foi incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico.

Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderá haver desconforto entre os participantes. Esse risco se justifica pela necessidade de entender como o processo de trabalho, e mesmo essas disputas, interagiram com o processo de implementação. Contudo, o risco de desconforto porventura gerado pelos questionamentos poderá ser minimizado através da ação do pesquisador como mediador. Os entrevistados terão a possibilidade de interromper sua participação sempre que assim o desejarem, podendo retornar ou não para a sessão.

Devido a pandemia do coronavírus, existia o risco de contágio, uma vez que o vírus é disseminado através de contato direto ou indireto. Pensando em minimizar esse risco com medidas de distanciamento, os pesquisadores apresentaram sua carteira de vacinação contra a Covid-19, utilizando máscara

e álcool gel 70%, seguindo o protocolo de segurança vigente pelo Ministério da Saúde. Não existiam outros riscos previsíveis.

Não houve benefícios financeiros destinados aos participantes. O único benefício direto envolvido na participação do estudo foi a oportunidade de expressar suas percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede.

3.8: Análise de dados:

A partir das entrevistas, após transcrição na íntegra do material audiogravado, foi realizado o tratamento dos dados coletados utilizando a Análise de Conteúdo Categorial Temático²¹ com intuito de explorar os núcleos de sentido presentes na comunicação, considerando uma análise com ênfase interpretativa que dê significado ao conteúdo em relação ao objetivo visado, identificando tanto a presença quanto a frequência de temáticas que façam sentido para o objetivo visado.

A análise de conteúdo reúne diferentes técnicas que tem como objetivo interpretar o conteúdo trazido pelos sujeitos, investigando os significados manifestos e latentes, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa, que significa aquilo que é manifesto na comunicação²⁶.

Os dados foram organizados a partir do desmembramento do texto em unidades e categorias mediante os significados interpretados nos diálogos dos entrevistados, sendo realizado reagrupamento analítico posteriormente²⁵. A análise de conteúdo é dividida em três etapas, sendo a primeira chamada de Pré-análise, que envolve a sistematização e reformulação do conteúdo a partir dos objetivos e hipóteses da pesquisa para a elaboração de indicadores e recortes que formarão a categorização²⁶. Na segunda etapa, é realizada a Exploração do Material, mediante análise sistemática do conteúdo relacionado às categorias formadas. Já a terceira etapa, consiste no Tratamento dos Resultados, evidenciando as informações das unidades de análise e sendo feitas inferências e interpretações aos dados obtidos^{25,26}.

4. Resultados e Discussão

Os resultados encontrados foram direcionados a identificar as estratégias de articulação de rede que foram implementadas no município, a fim de avaliar os efeitos do Processo de Educação Permanente nos serviços. Com isso, foram elencadas as categorias e subcategorias a partir dessas estratégias, sendo construídas, também, análises para identificar “barreiras” e “facilitadores” dos eixos apontados durante a entrevista.

Trabalho em Rede

Comunicação

Dentro da perspectiva de trabalho articulado em rede, foi identificada melhora na comunicação entre os serviços, com destaque para maior comunicação entre os dois CAPS, visto que anteriormente havia pouca interação entre o Caps II e o Caps AD, como ilustrado a seguir:

“com todas essas mudanças, de fato, assim, a gente fala, melhorou a comunicação, principalmente entre os serviços dos CAPS, que era uma coisa ‘cada um é cada um’ [...] É questão de falar a mesma linguagem, né? E isso melhorou muito a aproximação com a rede.”
(Entrevistado 1)

Foi apontada maior aproximação entre a atenção básica e a atenção especializada, visto que, anteriormente, não havia expectativa dos trabalhadores de que essa articulação fosse possível de acontecer. Também foi mencionado o aumento de contato telefônico entre profissionais de ambos os locais para discussão de casos e construção de propostas conjuntas, rompendo-se um bloqueio que havia nesse contato que anteriormente visava apenas ao encaminhamento, ou seja, passou-se a qualificar as trocas entre diferentes serviços e profissionais, como pode ser visto abaixo:

“A gente quase não conseguia articular, a gente não conseguia articular direito com o CAPS, não conseguia articular direito com CAPS AD, era meio que ‘não’... não conversava, sabe? Era assim: ‘Ah! nem vou encaminhar porque não resolve’. A fala era bem, bem nesse sentido. [...] dificilmente a gente escutava um profissional falar: ‘Ah, eu entrei em contato com o CAPS...’ Não tinha essa

fala de; ‘Ah! Eu falei com fulano...’ não tinha essa fala, porque era, simplesmente, a gente não conversava. Agora eu percebo que eles têm esse acesso de falar: ‘Olha, eu falei com o CAPS sobre meu paciente tal...’ e o CAPS [...] então eu percebi, assim, que isso melhorou.” (Entrevistado 3)

“A questão não é ser muito prático, né? De pensar só em resolutividade, né? Assim, então, ah, às vezes resolve tudo pelo telefone. Tem situações que a gente procura abordar para tentar até uma possibilidade, às vezes, ir na unidade, porque é diferente do que fazer só pelo contato telefônico.” (Entrevistado 1)

“eu percebo, sim, algumas mudanças, mas na questão da saúde mental eu percebi bastante sim. Eu sinto que com o apoio que teve, a saúde mental deu uma fortalecida. A gente quase não conseguia articular, a gente não conseguia articular direito com CAPS, não conseguia articular direito com CAPS AD, era meio que não... não conversava sabe, era sim: Ah! nem vou encaminhar porque não resolve. A fala era bem... bem nesse sentido.” (Entrevistado 3)

Neste sentido, é importante observar que, para conseguir instituir vínculos entre os serviços, é preciso que sejam priorizados maior aproximação e estreitamento das relações entre os profissionais²³, podendo ocorrer pelo uso de dispositivos tecnológicos de comunicação pessoal, utilizando-se desse tipo de contato via telefone/celular e e-mail também para facilitar o acesso a outros profissionais em momentos de urgência²⁷.

Uma revisão bibliográfica²⁸ apontou que a comunicação é o recurso principal quando se trata de práticas integralizadas em saúde, podendo favorecer ou inviabilizar as boas práticas. Se a comunicação não acontece de maneira fluida, são estabelecidos entraves que comprometem as propostas de cuidado compartilhado, prejudicando a efetividade da operacionalização dos arranjos em saúde mental. Já para uma boa comunicação, alguns estudos indicam que é fundamental que os profissionais possam se sentir à vontade para acionar os especialistas, assim como se reconhece a potência quanto aos modos de organizar o cuidado em saúde mental na Austrália, onde são promovidos encontros sistemáticos para discussão de casos²⁸.

Os CAPS também têm tido maior articulação com outros dispositivos do território, havendo ações conjuntas com o abrigo municipal, além de

aproximação com outras entidades do território, evidenciando a importância dessa integração entre os serviços de saúde e ofertas do território, como demonstrado na fala a seguir:

“Acho que melhorou bastante nesse sentido, então, é, nós fizemos aquele fórum de discussão com o CREAS e o CRAS, e para a gente fazer realmente essa colocação de quais são as funções de cada um, até onde se pode ir, houve conversas com a equipe do conselho municipal de adolescentes, e a gente tem feito assim vários tipos de intercâmbio, e eu acho que melhorou muito, aproximou o pessoal do abrigo, a gente foi conversar com o pessoal da sagrada família, enfim... São várias entidades, né, que a gente foi tentando arredondar nosso relacionamento.” (Entrevistado 6)

Nesse sentido, outros estudos apontam a importância de instituir lógicas de trabalho que prezem pela utilização dos recursos presentes na comunidade, aproximando as unidades para que façam parcerias com instituições locais e outros espaços, favorecendo a participação social dos usuários dos serviços de saúde²⁹.

De acordo com outros achados, o trabalho em território considera o coletivo, e os CAPS devem atuar como aqueles que viabilizam as trocas, utilizando-se de recursos não apenas do espaço geográfico delimitado pelo espaço físico das instituições, mas articular com outros recursos nas proximidades do território²⁷. É nesse tipo de prática que se encontra o maior desafio dos CAPS: construir possibilidades, propiciar produção de vida aos usuários, uma vez que não devem ser utilizadas apenas as parcerias que consideram a doença do sujeito, mas sua completude, incluindo em suas “redes não homogeneizantes” (8) ações intersetoriais que envolvam outras formas de promover e recuperar saúde³⁰.

Além disso, tem melhorado o diálogo que reconhece a relevância das contribuições do Agente Comunitário de Saúde no processo de cuidado dos usuários, tendo em vista a sua proximidade com o território.

“O agente comunitário é quem tá dentro da casa do paciente, entendeu? É ele quem vivencia, e, às vezes, ele chega na casa do paciente, ele vê o reflexo que ele tá vivendo na vida dele, e aí, né, então... é, eu acho que

essa conversa ela deu uma boa melhoria (Entrevistado 5)

“Hoje a gente tem essa questão de tentar fazer mais o contato telefônico ou... é... propostas de ir na unidade, né, convidar o pessoal da comunidade para reunião de equipe.” (Entrevistado 1)

Enfatizando o papel da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, os Agentes Comunitários de Saúde exercem função estratégica importante devido à sua proximidade com a realidade social dos usuários e maior vinculação com estes²⁷. Além disso, para que a lógica de funcionamento seja embasada pela base comunitária, é preciso reconhecer a potencialidade do Agente Comunitário de Saúde em seu protagonismo²⁹.

Dentro das mudanças percebidas, a visão sobre o Agente Comunitário de Saúde sofreu modificações, sendo que, em outros achados, o ACS acaba sendo desvalorizado dentro das Unidades mediante a forte presença da hierarquização e de relações de poder estabelecidas a partir do modelo biomédico, em que são enfatizados apenas os profissionais de níveis superior e técnico³¹. Além disso, a Atenção Básica pode ter papel estratégico no cuidado em saúde mental rumo ao rompimento de modelo hegemônico psiquiátrico e medicalizante, pois possui lugar favorecido na criação de vínculo com a comunidade³².

É como se os Agentes fossem o elo entre a comunidade e os especialistas. Dessa forma, o distanciamento entre os profissionais de nível superior e o ACS aponta que, após os questionamentos e investimentos realizados ao longo da pesquisa, foram identificadas mudanças dentro dessa temática³³.

Compartilhamento dos casos

Foram apontados, também, maior compartilhamento dos casos e mudança importante na forma de trabalho, que antes era exercida a partir de uma lógica marcada pela dinâmica do encaminhamento. Após as intervenções de pesquisa, houve avanços demonstrados em falas que valorizam o Processo de Educação Permanente e a corresponsabilização dos casos e do cuidado compartilhado no território, como indicam as falas abaixo:

“E tem que ter o trabalho, que isso é de formação desses profissionais para ter essa lógica do trabalho compartilhado, né? E não ficar só na dinâmica de encaminhamento, né? [...]” (Entrevistado 1)

“Eu acho que as conversas, elas se alinharam mais, né? Porque antes havia aquela questão, aí ‘o paciente é de vocês, o paciente não é meu’, e o paciente é do território sempre.” (Entrevistado 5)

Foi apontado que, atualmente, a configuração dos encaminhamentos tem se modificado quanto à compreensão dos gestores sobre os casos atendidos não pertencerem somente a um serviço ou a outro, mas serem do território como um todo, como demonstrado em falas a seguir:

“a gente precisa conhecer o que tem no território para que a gente não entenda que quando ele está fazendo tratamento é quando está no caps [...] é ótimo que o CAPS tenha esse lugar, mas quais outros lugares do território, incluindo o CRAS, ONGS e tudo mais, para que o caso ele seja da rede e não do CAPS? [...] ele vem um dia no CAPS, ele vai um dia no CRAS fazer uma oficina, ele vai um dia lá no clínico, ele conversa com agente comunitário que acompanha ele na casa dele, tudo isso é tratamento.” (Entrevistado 2)

Os CAPS também modificaram a ficha de encaminhamento, que agora é específica para a saúde mental e, por si só, já induz o profissional da ponta a preencher de forma mais detalhada e entender o que ele precisa avaliar. Também foi apontado que a mudança na ficha de encaminhamento foi necessária, uma vez que foi identificada dificuldade de o profissional médico preencher adequadamente os encaminhamentos, conforme apontado nas seguintes falas:

“É, na verdade, assim, o pessoal continua tendo um pouco de preguiça de preencher adequadamente, e isso que deixa a gente muito brava, porque às vezes você não entende o que que a pessoa realmente está querendo com aquele encaminhamento, mas a gente fez um novo impresso.” (Entrevistado 6)

“e aí eu sugeri que a gente... que fosse criado um modelo de referência específico da saúde mental, né, porque a gente tinha muitas dificuldades com esses encaminhamentos, né?” (Entrevistado 3)

“nesse ano, a gente propôs uma ficha de encaminhamento de referência específica para a saúde mental, porque a ficha que tinha é uma ficha muito vaga, muito pouco detalhada e não ajuda, também, o profissional que tá lá na ponta da atenção primária [...] Para ele saber se ele encaminha, se ele cuida lá, ou se ele acha que é para a UPA, né?” (Entrevistado 2)

Nesse sentido, é importante ressaltar as dificuldades ainda presentes para estabelecer na prática uma forma de institucionalizar a realização da contrarreferência. Dentro das possibilidades no momento das entrevistas, a contrarreferência estava acontecendo por meio dos encontros de apoio matricial, sendo esse espaço utilizado como possibilidade de tempo para devolutiva da atenção secundária para a atenção básica acerca dos casos que foram encaminhados.

“e aí essa coisa de, por exemplo, eu escrever uma contrarreferência para a unidade que às vezes encaminhou, eu sinto que a gente ainda não consegue fazer, né? Eu acho um tanto é porque a gente ainda não introjetou isso dentro do nosso cotidiano [...]. Mas o que eu tenho insistido é que as pessoas, pelo menos no dia do matriciamento, esses casos que chegaram por encaminhamento, né, da rede, a gente consiga falar no matriciamento, ‘ah o caso chegou, o caso do fulano, do beltrano’”. (Entrevistado 2)

Cabe chamar a atenção para a defasagem presente no processo de contrarreferência. Uma revisão indicou que problemas de comunicação podem ser advindos de problemáticas ligadas a uma gestão verticalizada (com ênfase nas relações de poder) ou partirem da inexistência ou deficiência das práticas de contrarreferência. Com relação a esses dois tipos de entraves, ambos agem como barreira significativa que dificulta a efetivação do cuidado compartilhado nos serviços de saúde²⁹.

Segundo outros achados, os conceitos utilizados para o momento de compartilhamento de casos, chamado de referência e contrarreferência em saúde, apesar de trazerem propostas importantes no que diz respeito a mudanças idealizadas para o SUS, ainda encontram diversos entraves para sua efetivação, sendo pouco desenvolvidos na prática, o que evidencia a dificuldade de manter boa comunicação entre os diferentes níveis de atenção,

gerando barreiras quanto a um cuidado contínuo que aconteça de maneira compartilhada, gerando maiores custos e baixos avanços²⁷.

Sobre isso, é importante pensar estratégias para organizar esses espaços de troca que possibilitem a criação de um elo de cuidado compartilhado que extrapole os encaminhamentos burocráticos restritos apenas ao encaminhamento por escrito, visto que geram entraves, mas que outras formas de contato possam favorecer equipes para atuar e compartilhar de maneira mais próxima e alinhada²⁷.

Para isso, o contato telefônico também foi mencionado pelos gestores como nova forma de contato que tem sido recorrente no momento do encaminhamento, ocorrendo situações em que o profissional liga no serviço e fala com um profissional de referência para realizar o agendamento de acolhimento. Este contato também acontece bastante por intermédio do Skype, ferramenta que é utilizada constantemente pela secretaria do município, sendo comum para esse contato com a rede.

“Por exemplo, se não foi um encaminhamento, mas é um caso que chegou e a gente está avaliando essa necessidade de cuidado do clínico no PSF, ou se há muito tempo ele fala que não faz nenhum tipo de cuidado clínico, ou começou a apresentar aqui um pico de hipertensão que a gente não sabe o que é, aí a gente faz isso de ligar na unidade para saber: ‘tem como marcar um acolhimento?’. Esse agendamento é feito por telefone também ou por skype”. (Entrevistado 2)

Como barreira percebida no quesito do compartilhamento, a contrarreferência ainda é vista como um processo falho na rede, encontrando maiores dificuldades nesse quesito. Existe certa expectativa por parte dos gestores de que, com a qualificação do processo de encaminhamento, também possa ser cobrada maior qualificação no momento de realização da contrarreferência.

“[...] porque, assim, a gente referenciava mal, mas a gente também não tinha contrarreferência, então, como a gente criou um modelo, e aí a partir daí a referência melhora, aí a gente também pode cobrar uma contrarreferência”. (Entrevistado 3)

“E aí essa coisa de, por exemplo, eu escrever uma contrarreferência para a unidade que, às vezes,

encaminhou, eu sinto que a gente ainda não consegue fazer, né?” (Entrevistado 2)

Já dentro dos CAPS, outra dificuldade ainda é percebida quanto à maior parte de seus usuários ainda chegar ao serviço por demanda espontânea, fator que ainda não obteve grandes avanços, sendo alegado que o uso da ficha de encaminhamento ainda levará um tempo para se fixar dentro dos diferentes serviços, apesar disso, houve evolução no quesito do encaminhamento por escrito que vem por parte dos serviços da assistência social, que agora conta com a oficialização desse de maneira escrita.

“a gente atende muito por demanda espontânea. Eu não acho que a gente avançou muito nesse quesito do encaminhamento por escrito da rede” (Entrevistado 2)

“eu acho que a gente conseguiu bater muito na tecla, principalmente com os serviços da assistência social, da população em situação de rua, por exemplo, que a gente tem pedido muito isso, assim: ‘tá, vocês trouxeram um caso aqui, mas a gente precisa de alguma coisa escrita dita dizendo o que é que vocês viram, o que é que vocês já sabem’. A gente acha que isso tem chegado um pouco mais” (Entrevistado 2)

Ao observar as insistências que foram feitas por parte dos gestores, é importante ressaltar sobre o impacto que é gerado nos processos de trabalho quando existe não apenas a autonomia, mas, também, a iniciativa de ações vindas por parte das figuras que exercem funções de responsabilidade na reorganização dos serviços de saúde²⁷.

Cabe destacar que a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, que tem como base o funcionamento articulado em rede entre os serviços, é um importante marco para a efetivação da desinstitucionalização das políticas de saúde mental, assim como é fundamental para a consolidação dos regulamentos previstos a partir da Reforma Psiquiátrica, enfatizando modelos de cuidado que funcionam com equipes multidisciplinares. Assim, é patente que ainda existe um longo trabalho pela frente para efetivar a integralidade do cuidado em saúde mental³⁵.

Apoio Matricial

Sendo uma das principais estratégias de implementação, o Apoio Matricial como dispositivo de integração de rede foi ressaltado com boa aceitabilidade por parte dos gestores, sendo visto como suporte estratégico/potente e como uma aposta que, se bem estruturada, acarreta resultados positivos no quesito da articulação de rede, tendo, também, papel importante no fortalecimento da atenção básica para lidar com casos leves de saúde mental mediante o favorecimento que a retaguarda da atenção especializada possibilita, como as falas a seguir mostram:

“mesmo sofrendo a questão de você conseguir propiciar o encontro dos profissionais, né, da atenção primária e os da secundária, fechar a agenda de médico, a pandemia, a gente viu que foi muito positivo. Poderia ter sido muito melhor se a gente tivesse uma estrutura melhor, né, melhor planejamento, mas mesmo assim foi muito bom, então eu acho que vai, que é fundamental e que tem que ter mesmo. (Entrevistado 4)

“se a gente conseguir fortalecer a atenção primária para cuidar da saúde mental [...], para que isso fique mais possível o trabalho da saúde mental e a gente como retaguarda, né, isso melhora para nós enquanto caps, porque a gente vai conseguir, de fato, que casos leves até moderados, quem sabe um dia, a atenção básica vá conseguindo cuidar, né? E aí, com a nossa retaguarda, a gente de fato consiga só cuidar dos casos graves, porque são os casos que mais precisam de uma equipe multiprofissional”. (Entrevistado 2).

“Eu acho que ele é fundamental, hoje, eu vejo aí como algo fundamental. Às vezes, é no matriciamento que eu vou conseguir entender por que é que determinado paciente é daquela forma e porque eu não vejo melhora daquele quadro, né. É no matriciamento, às vezes, que eu vou aprender muita coisa que eu não fazia ideia, é no matriciamento, também, que eu vou expor às vezes algumas frustrações e algumas coisas que me incomodam, então eu acho que matriciamento é fundamental”. (Entrevistado 5)

O apoio matricial diz respeito a um arranjo organizacional que prioriza abandonar processos de trabalho que aconteçam de maneira isolada, expandindo e aproximando as possibilidades dialógicas dentro do conceito de clínica ampliada, para que a gestão do trabalho em saúde seja integrada entre diferentes profissionais e especialidades. Além de aumentar a eficácia das

intervenções, o Apoio Matricial busca lidar com e superar a fragmentação do cuidado⁹, enfatizando a corresponsabilidade dos casos, a interdisciplinaridade e um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença³⁷.

O apoio matricial também é reconhecido como uma prática de educação permanente, uma vez que a comunicação entre diferentes profissionais é favorecida e a condução dos casos passa a ser compartilhada³⁷. É importante ressaltar que a implementação do apoio matricial no município encontrou alguns entraves para sua efetivação, tanto pelas dificuldades de encontros advindas do distanciamento pela pandemia da Covid-19 quanto pelas três mudanças de gestão com as quais a pesquisa teve que lidar ao longo de seu desenvolvimento.

Além disso, é apontada a importância da integração entre os CAPS e os serviços da rede básica como fator essencial para a construção de ações que sejam embasadas a partir da territorialidade e que desfaçam a delimitação de saberes e práticas que enfatizem a medicalização do sofrimento³⁷.

Também foi apontado que a rede ainda tem suas fragilidades a serem trabalhadas, mas que visualizam-se avanços devido a atualmente poder existir tempo e espaço para o matriciamento, algo que demonstrava-se defasado no momento da coleta de dados da pré-implementação, de modo que, apesar de ainda haver a necessidade de maiores alinhamentos no tocante ao planejamento e à organização desse espaço, atualmente, o matriciamento é algo que acontece de fato, podendo ser percebidos avanços quando o apoio matricial passa a contar com o delineamento de um cronograma, como mostrado abaixo:

“eu acho que isso tem caminho pela frente, mas eu sinto que tem já algumas direções. Só o fato da gente tá conseguindo sustentar as reuniões de matriciamento, eu já acho maravilhoso.” (Entrevistado 2)

“A gente ainda tem muita coisa pra acertar, pra alinhar. Eu ainda acho que a rede é muito fraca, nesse sentido, de não sabe aproveitar mesmo, sabe? O matriciamento, ainda tem que ser construído mais coisas pra que eles entendam, mas só dele acontecer hoje, porque hoje ele acontece, ele tem um cronograma, ele acontece, tem os casos pra serem discutidos, enfim, e tudo mais, eu já acho que a gente evoluiu.” (Entrevistado 3)

Com isso, evidenciam-se as dificuldades que podem existir para efetivar mudanças que dizem respeito a processos de trabalho já cristalizados nas instituições, sendo algo que não ocorre automaticamente e exige dedicação e insistência. Em consonância, os autores ressaltam a importância de serem instituídos espaços coletivos de reflexão acerca dos processos de trabalho, podendo abarcar dificuldades do trabalho em equipe, a estigmatização da loucura e até mesmo a sobrecarga por lidar com sofrimento humano³⁷.

Ao pensarmos o papel da gestão, é possível atrelá-lo à criação de arranjos e dispositivos dentro dos processos intermediários que possibilitam as trocas. Esses processos necessitam de suporte e manejo em sua realização, de modo que vale ressaltar a importância de ser firmado um lugar e tempo que tenha como característica principal não apenas o pensar, mas, também, o fazer. Nesse sentido, é importante também atentar-se para a regularidade dos encontros, uma vez que é no encontro que se encontram o suporte e a sustentação, podendo estes também serem sustentados a partir de espaços de autonomia e favorecimento vindo da gestão³⁸. Se, por um lado, as dificuldades que muitas vezes são colocadas diante da execução de propostas existem, por outro, as mudanças percebidas no município demonstram que, com apoio e estímulo adequado em direção à implementação de práticas inovadoras, é possível implementar de fato determinadas formas de trabalho, sendo as pesquisas de implementação¹⁷ uma potente e reconhecida metodologia dentro do campo da saúde, que possibilita que novas e importantes estratégias possam de fato ser implementadas.

As reuniões de matriciamento também foram mencionadas como um espaço que aproxima os profissionais para pensar no compartilhamento e na discussão dos casos no que diz respeito a uma construção e execução de ideias e estratégias de cuidado em conjunto, havendo aumento das trocas sobre os casos atendidos, além de contar com maior suporte dos coordenadores locais, como mostrado abaixo:

“Porque a gente usa, né, o espaço, então, da reunião de matriciamento para reforçar, de que existem outros componentes do matriciamento, né, das interconsultas, a questão do atendimento conjunto” [...] (Entrevistado 1).

“[...] nesse momento que a gente assumiu junto com o secretário, a gente trocou todas as lideranças dos serviços de atenção secundária, e já foi pensado em líderes com essa visão mais ampla e pessoas com uma pegada mais de trabalho em rede mesmo, né?” (Entrevistado 4)

O matriciamento atualmente é reconhecido como necessário e como uma forma de trabalho que propicia suporte estratégico aos profissionais da ponta. Quando ocorre de maneira efetiva, ele possibilita a construção de trocas que extrapolam momentos que não se restringem apenas às reuniões de matriciamento, mas que geram impacto na maior proximidade do especialista com as unidades nas quais ele é referência, como ilustrado a seguir:

“então eu acho que a lógica do apoio matricial dentro da clínica ampliada, ela tem um, ela tem muitas funções, que é desde a função de dar suporte, dar apoio dos que estão lá na ponta, também entendendo que não são especialistas. É, de fato, de que a demanda consiga desafogar assim.” (Entrevistado 2).

“mas eu sinto que a gente ainda está nessa construção de uma lógica de apoio matricial no que é o apoio matricial, não só a reunião do dia do matriciamento, não. É de, de fato, conseguir ter uma proximidade com as unidades da qual eu sou referência, de que a gente vá fazendo uma relação diária quase com os casos. [...]” (Entrevistado 2)

O apoio matricial, que esteve entre as estratégias de articulação de rede a serem implementadas no município, foi bastante valorizado nas falas dos gestores. No entanto, há de se notar aspectos contraditórios na fala dos gestores quando o trabalho em equipe não foi mencionado por eles como ferramenta de articulação, o que chama a atenção ao refletir a importância da integração da equipe como pressuposto que serve de base para a efetivação da articulação de rede, demonstrando as incongruências presentes nas falas dos participantes.

Cabe destacar que a construção de vínculo não se trata apenas de uma boa relação entre profissionais-usuários. É necessário que haja um bom elo entre profissional-profissional, propiciando integração entre a equipe para que esta possa atuar a partir da interdisciplinaridade, em que são valorizadas as

relações horizontalizadas e de comunicação mais efetiva, rompendo com as relações de poder biomédico hegemônico²⁹.

O fato é que a realização do matriciamento exige adequações de contextos ligados à organização dos processos de trabalho e do funcionamento dos serviços, sendo necessário, muitas vezes, que certas condições organizacionais sejam reformuladas com a rede como um todo. Para tanto, com o objetivo de ter profissionais que façam parte de equipes que se reúnam e sejam permeadas de encontros, é essencial que o Apoio Matricial também conte com outros dispositivos de gestão que apoiam e sustentam os encontros da equipe³⁹.

No entanto, a valorização nas narrativas dos gestores corrobora outros autores que relacionam que as figuras de gestão têm reconhecido a concepção do cuidado compartilhado em saúde mental, passando a aceitar essa lógica de atenção²⁹.

Já nas barreiras identificadas na categoria do apoio matricial, também foram apontadas dificuldades no quesito do planejamento de sua execução, havendo atravessamentos relativos aos impactos da pandemia e às agendas dos profissionais. Além disso, a dificuldade de organizar e estruturar esse espaço também foi relacionada como um desafio que gera impacto negativo na perspectiva de alguns profissionais que não conseguem visualizar na prática as potencialidades do matriciamento:

“Então, a gente teve a experiência no começo do ano que a gente fez diversos matriciamentos com os especialistas aqui do ambulatório, mesmo sofrendo a questão da... de você conseguir propiciar o encontro dos profissionais, né, da atenção primária e os da secundária, fechar a agenda de médico, pandemia [...], mas mesmo assim foi muito bom, então eu acho que vai, que é fundamental e que tem que ter mesmo.”
(Entrevistado 4)

“o apoio é legal, desde que tenha estrutura, é, se você não fornece a estrutura e tal, é, acontece coisas que aconteceu no passado O pessoal fala ‘pô, lá vem aqueles lá que vem e não resolve nada’, e não é assim, tipo ‘olha, eles não vêm aqui resolver nosso problema, é um processo de construção’, e esse processo de construção é um processo de estruturação, né?”
(Entrevistado 1)

Autores apontam que, para a efetividade do cuidado compartilhado, são fundamentais a aproximação e a comunicação interprofissional, para que as próprias equipes possam criar formas de sistematizar a organização dos encontros de modo que prevaleçam os contatos interativos e os encontros matriciais, superando as barreiras que normalmente são colocadas com relação às agendas dos profissionais²⁹.

Contudo, entraremos em aspectos de discussão em outra categoria adiante sobre as principais barreiras no que concerne aos processos de trabalho em saúde e às dificuldades estruturais identificadas pelos gestores.

Registro em Prontuário

Com relação ao “*Registro em prontuário*”, foi apontada melhora e qualificação dos registros em prontuário, com maior preocupação em anotar informações, além da utilização que iniciou recentemente de um sistema de registro eletrônico das informações dos pacientes. Ressalta-se que ainda não se caracteriza como um prontuário eletrônico de fato, mas permite acesso ao histórico do paciente, o que favorece o trabalho em rede. Foi ressaltado que os dados trazidos pela pesquisa fomentaram discussões que geraram reconhecimento da importância de se ter o registro das informações no prontuário, modificando a forma de intervir.

“Essa preocupação do prontuário estar sempre atualizado, do pessoal escrever mais no prontuário as informações, e eu acho que isso foi uma coisa muito importante, e eu penso que o fato da gente anotar o que faz melhora não só a qualidade do seu trabalho como, principalmente, para o paciente. Isso às vezes é um divisor de águas [...] Eu não posso dizer para você que nas unidades básicas está sendo feito criteriosamente, mas, assim, nos caps, eu acho que... eu percebo que há uma preocupação em anotar”. (Entrevistado 6)

“Percebo que há uma melhora, mas eu ainda acho que a gente faz muita coisa que a gente não registra, é. Não sei quem veio aqui e falou ‘ai, me pesa?’. Isso é um cuidado clínico, e eu sinto que a gente faz o tempo todo aqui no CAPS e a gente não registra [...] porque eu acho que falta, talvez, essa ideia de que isso é um cuidado clínico”. (Entrevistado 2)

“Então, isso, de alguma maneira, afetou a nossa lógica de trabalho, né? Hoje, a gente tem, é... A gente tinha uma técnica de enfermagem, a gente passou a ter duas. A primeira coisa que a gente pensou na diferenciação da atuação das duas era isso, assim, eu tipo ‘ah, vamos pensar na pré-consulta que vai ser, alguém que vai alimentar umas informações que foram elencadas na época da pesquisa que abriu os prontuários daqui pela primeira vez, principalmente, em relação às informações de questões clínicas, né? Então, aí a gente mudou realmente a forma de intervir. Então, hoje, a gente pega ali pelo menos alguns dados em relação a se está passando pelos serviços da atenção básica, né? Fazer a aferição de pressão, e tudo isso é registrado. Então, às vezes, a gente consegue ter os apontamentos que mudou nossa lógica de funcionamento aqui”.
(Entrevistado 1)

Com relação ao registro em prontuário, na época inicial da pesquisa, foi trazida mais uma pauta referente a essa temática durante as devolutivas dos dados aos serviços, sendo levantada a importância de os usuários de saúde mental receberem devidamente 05 tipos de cuidados clínicos mínimos. Na época, foram elencados junto com os profissionais da rede quais seriam os cuidados clínicos mínimos que os usuários precisam receber, sendo: aferição do peso, aferição dos sinais vitais, anamnese e exame físico, exames laboratoriais e tratamentos clínicos/encaminhamentos. Além disso, foi destacada a importância desses cuidados serem registrados nos prontuários.

Ainda no momento inicial da pesquisa, foi destacada a importância de compreender que certos cuidados que são oferecidos dentro dos serviços de saúde mental se caracterizam e correspondem a cuidados clínicos, devendo estes também serem registrados no prontuário, destacando a necessidade da equipe se apropriar de quais outras condições clínicas o usuário tem, para além daquelas que o serviço naturalmente costuma avaliar, favorecendo, a partir disso, a articulação de rede entre os diferentes serviços. Por outro lado, também é indicado que esses cuidados, como a aferição dos sinais vitais, são oferecidos, geralmente, quando já existe um problema aparente (sintomas físicos), portanto, ainda não é uma prática instaurada efetivamente na rotina dos atendimentos dos serviços especializados:

“Eu acho que tem também esse movimento contrário do CAPS, de, por exemplo: ‘Ah tô com um paciente aqui

que tá sendo acompanhado por mim, ele é hipertenso, ele é diabético, ele tá sem acompanhamento na unidade básica'. O CAPS, ele vai articular com a unidade, a unidade vai dar seguimento nessas outras demandas desse paciente, né? Então esse movimento eu acredito que sim, que possa ter melhorado." (Entrevistado 3)

"Eu identifico um, é... que que geralmente a gente consegue ofertar um cuidado clínico quando tem um problema, então, assim, alguém chegou dizendo que está com falta de ar, não está se sentindo bem e tal tal tal. A gente faz isso de aferir a pressão, aferir glicemia, a gente avalia sinais vitais, a gente faz isso, mas isso não está dentro da rotina, como, por exemplo, todo mundo que chega vai passar pelo médico. A gente faz um primeiro acolhimento, vê como é que está e tal. Eu acho que a gente melhorou bastante nesse rastreio e nesse registro, é, 'ah o caso tal, ele tem hipertensão, ele não tem, ele tem diabetes, que que ele tem', disso não ficar só com uma coisa da enfermagem, né? Da equipe inteira se apropriar de que isso aí é cara, crachá. Eu preciso saber se esse sujeito que estou atendendo, que outras condições crônicas clínicas ele tem, além das que é o que a gente está avaliando aqui [...]" (Entrevistado 2)

Além disso, ressaltou-se que está sendo requisitado dos profissionais que realizem constantemente a atualização cadastral dos pacientes, ou seja, que alimentem o sistema de cadastro com informações de saúde dos usuários, podendo especificar se estes são hipertensos, diabéticos e se têm demandas de saúde mental, quando renovaram receita médica etc.

Treichel e Onocko-Campos⁴⁰ mencionam que o empobrecimento das informações dos usuários de saúde mental no país está atrelado à falta de padronização e escassez de registros em prontuário, sendo que esse recurso, se bem utilizado, pode, inclusive, beneficiar os serviços de saúde.

Além disso, a ausência de registros em prontuários também cria barreiras para estabelecer cuidados longitudinais. Para tanto, a ênfase para a longitudinalidade requer acompanhamento da trajetória de cuidado do usuário e o acesso à sua história de vida. Assim, conhecer o usuário em sua singularidade, não apenas pelo seu nome, mas a sua história, gera efeitos que impactam em maior implicação e responsabilização dos profissionais para a produção de saúde dos usuários⁴¹.

Ofertas Terapêuticas

Quanto às ofertas terapêuticas, foi apontada mudança com relação ao uso dos recursos coletivos e comunitários, que têm sido mais valorizados e explorados, uma vez que, nos primeiros achados da pesquisa, em seu diagnóstico situacional, na época, a principal oferta terapêutica concentrava-se em consultas individuais.

Quanto à realização dos grupos nas unidades, os impactos da pandemia da Covid-19 prejudicaram diretamente essas ações devido à necessidade de evitar aglomerações em espaços coletivos. Outra dificuldade percebida foi atrelada à organização das agendas devido a uma alta demanda de consultas, sendo uma barreira importante que demonstra que, apesar da valorização do uso de recursos coletivos, algumas barreiras ainda se instalam nesse quesito:

“Na pandemia, a gente teve que suspender todos os grupos e a gente ficou com atendimentos individuais [...] Os grupos a gente retornou em, acho que no final de setembro, início de outubro, eu não tenho certeza agora.” (Entrevistado 2)

“Eu acho que, assim, teve uma pequena melhora, mas, assim, ainda não é tão, tão visível por conta da pandemia também, tá?” (Entrevistado 3)

“acho, que logo quando vocês começaram a pesquisa, a gente teve alguns recursos diferenciados, depois veio a pandemia e aí as coisas se perderam, muita coisa se perdeu, então eu acho que hoje não se retomou ainda, né? O objetivo era retomar esse ano no começo do ano, que nem as outras coisas, mas aí a gente veio com esse omicron, e aí tudo foi parado de novo, então não houve retomada disso ainda.” (Entrevistado 5)

Nesse sentido, têm sido mobilizada uma organização para o retorno das atividades grupais, que serão repensadas e reorganizadas com melhor estruturação das propostas desses espaços, para que os grupos atendam melhor às possibilidades dos participantes e favoreçam a adesão.

“Tem unidade por exemplo, que tem grupo programado, grupo de saúde mental, então, assim, já tão retomando, mas a gente ainda tem a questão do fluxo e da demanda mesmo da unidade né, que a gente ainda tem uma demanda muito alta de consultas, de atendimento, de acolhimento, de demanda espontânea, e aí fica, as vezes, fica difícil de organizar e articular esses grupos, deixar um período separado pra fazer esse grupo...” (Entrevistado 3)

“Tem algumas coisas que está para começar, é... é porque a gente estava discutindo algumas coisas estruturais. Por exemplo, há algum tempo a gente tinha um grupo de família. É, e muito, porque não tinha adesão e tal, e aí, assim, ao invés de se discutir os porquês não se tinha adesão ou como viabilizar isso, optou-se por não ter o grupo [...] Acredito que em janeiro vai voltar um grupo de família, aí a gente falou, ‘olha, à tarde todo mundo falou que não consegue vir’, aí eu falei, ‘então vamos fazer um grupo noturno’ [...] Vamos pensar que, se o problema é adesão, então vamos ver um horário que todo mundo vai naquele turno para não diluir. Então a gente está discutindo algumas propostas das oficinas, né? Depois que começou a crescer a liberação da pandemia, a gente já está retomando o grupo de referência, para acertar, porque, na pandemia, ficou mais restrito ao atendimento individual. Hoje não.” (Entrevistado 1)

Com relação às ofertas de cuidado que correspondem às abordagens biopsicossociais, como é o caso dos serviços de saúde mental, destaca-se a importância de esses espaços terem como enfoque propostas que tragam como possibilidade terapêutica as atividades grupais e as oficinas, uma vez que essas práticas demonstram impactos positivos na função social dos usuários, melhorando seu convívio familiar e na comunidade⁴⁰.

Já refletindo sobre a forma de realização dos grupos, que passou a ser pensada e organizada pelos gestores, levando em conta a possibilidade de favorecer a adesão dos participantes, em outro estudo⁴², reforçam-se os mesmos aspectos que abordam que as ações realizadas no território e a aproximação geográfica podem contribuir, mas não garantir modificações nas práticas em saúde, uma vez que, para serem modificadas essas práticas, é necessário que novos modos de organização dos processos de trabalho sejam instituídos e as práticas sejam voltadas às necessidades daquele contexto⁴¹.

Segundo Onocko Campos³⁸, a criação e a oferta de novos Dispositivos também favorecem o processo de transformar e desconstruir as relações de poder instituídas, confrontando com modos de gerência permeados por práticas hegemônicas. Assim, esses novos dispositivos podem ser referenciados a partir da criação de oficinas de planejamento, treinamento e formação, assembleias e etc.³⁸.

A retomada dos grupos dentro das unidades demonstrou avanços quanto à valorização dos espaços coletivos, o que é representado nas falas dos gestores. Além disso, foram exploradas a utilização de ações conjuntas que extrapolam a unidade e envolvem outros dispositivos do território. Também foi relatada a realização de propostas com profissionais de serviços distintos, havendo discussão de casos, interconsultas, a retomada de visitas domiciliares realizadas em dupla (atenção básica com o CAPS), sendo essas ações reconhecidas como potentes dentro das boas práticas em saúde mental, como demonstrado a seguir:

“[...] mas eu já tive feedbacks de equipes de que: Ah, a gente foi fazer uma visita junto com a equipe do CAPS. – Opa!! Meu Deus! Que passo, que avanço! Então...”
(Entrevistado 3)

“A ideia é que a gente consiga todo ano ir fazendo planejamento nesse sentido dos grupos, assim, que a gente possa sentar para estudar, para discutir, fazer um processo de educação permanente interna, né? E aí, no ano passado, a gente fez uns subgrupos, e foram essas ideias quase como numa oficina nossa, assim, que a gente foi tentando jogar quem que faria os grupos, quais seriam os objetivos desses espaços, né? E o grupo de mulheres que a gente tem já está funcionando – que também tem sido interessante, né? A gente não conseguiu colocar em prática o grupo de referência ainda, que foi uma ideia que a gente pensou. O conselho local a gente já conseguiu fazer eleição, mas ainda não está funcionando assim. Essa questão do autocuidado, a gente ainda não conseguiu colocar para funcionar, mas a gente tem conseguido propor algumas ações na rede, então, semana que vem, por exemplo, os profissionais aqui do caps, da enfermagem e assistente social, que também é assistente social no CTA, vão fazer um trabalho, uma ação conjunta no abrigo municipal.”
(Entrevistado 2)

“Por mim, todo mundo aqui, pelo menos uma vez, precisava fazer uma visita social daquelas mesmo para você levantar o que que tem, o que que não tem ou faz. Até tem alguns anos que você vai e faz até o desenho da casa, assim, pra ter uma noção da estrutura física. Acho que quanto mais informação, melhor.”
(Entrevistado 1)

A aproximação e atuação no território amplia o conhecimento acerca das características de contexto do usuário, assim como possibilita inteirar-se sobre

a sua dinâmica familiar, potencializando não somente um olhar de compreensão sistêmica, mas incorporando novas possibilidades de intervenção, uma vez que ampliam o olhar sob as problemáticas de saúde³⁸. Nesse sentido, as interconsultas desempenham um papel importante em direção ao trabalho integrado dentro do campo da saúde mental, possibilitando intercâmbio entre os diferentes profissionais a partir da interdisciplinaridade e das práticas de abordagem integral em saúde, com discussões de caso e até mesmo consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas⁴³.

Além de ser uma ação colaborativa que também desenvolve novas competências aos profissionais das ESF, as interconsultas também se caracterizam como espaços de educação permanente, tema que aprofundaremos mais adiante. Vale ressaltar que, no atendimento conjunto, o compartilhamento de saberes possibilita aprendizado não somente para os profissionais da AB, mas soma na experiência de ambos os profissionais envolvidos⁴³. Já a visita domiciliar, como uma das formas de intervenção dentro da concepção das interconsultas, é um recurso importante de base territorial⁴³.

Refletindo o papel da gestão, esse também implica refletir os aspectos técnicos da função no que concerne à possibilidade de oferecer novos arranjos e dispositivos em tal contexto, sendo importante reconhecer que dentro dos arranjos podem ser iniciadas novas formas de organização dos espaços, que acabam por produzir e instalar fluxos que possam vir a ser institucionalizados³⁸.

Dificuldades Estruturais

A categoria de Dificuldades Estruturais é citada como uma barreira importante pelos entrevistados, apontando para os diversos níveis de dificuldades encontradas, que esbarram em uma lógica de organização fragmentada e perpassam problemáticas tanto no nível micro como no macro dentro das políticas de saúde, sendo citados: insuficiência de recursos humanos, a destituição do NASF e o ambulatório de saúde mental.

A escassez de recursos ligados a locomoção/transporte foi mencionada como fator que barra de maneira importante a efetivação de práticas como a visita domiciliar, que acaba acontecendo somente em casos de urgência, o que não possibilitaria aprofundar as informações que se tem sobre os casos a partir

de um cuidado integralizado que olhe para as diversas variáveis que envolvem o cuidado do usuário. Apesar disso, o cuidado nesse sentido é reconhecido como importante para pensar o quesito social nos casos atendidos.

“porque às vezes o mesmo carro que se utilizar pra visita é o carro que está levando um alguém para a internação, então a gente acaba não tendo esse planejamento, mas é uma questão que eu, mais pro ano que vem, vou procurar organizar de ter agendas para ter de fato isso, porque senão fica tendo só o atendimento de urgência. Você vai porque está dando problema e não como uma medida preventiva ou como uma medida de conhecimento mesmo do caso. É super relevante você saber, é somar o relato da vivência da pessoa quando você vê o lugar que ela mora, a estrutura física da casa. Você vai ver que é uma coisa mais básica. Poxa, a pessoa não tem uma cama para ela [...], e até pensar nas intervenções... isso a gente acaba fazendo mesmo nos casos que está dando problema, não os que poderiam ser propostas coisas para que ele não vire o problema.” (Entrevistado 1)

O excesso de demandas em saúde aponta, muitas vezes, para uma carência de recursos. No entanto, para a realização do apoio matricial, por exemplo, é essencial que sejam fornecidos os recursos mínimos para a efetivação da proposta, a depender não somente de locais adequados para as reuniões, mas, também, de outros recursos mínimos que são indispensáveis para a operacionalização das ações ligadas ao cuidado integral e compartilhado²⁹.

Ainda nesse sentido, outros autores³⁰ destacam que a insuficiência de condições de trabalho reflete em fragilidades dentro das práticas que provocam a desresponsabilização. Para isso, é essencial que os profissionais possam contar com os instrumentos necessários para a efetivação de suas ações.

Segundo Bonfim et al.²⁸, as barreiras encontradas no trabalho em saúde se relacionam em grande parte com as dificuldades organizacionais e estruturais que revelam a discrepância da realidade dos municípios, que não conseguem alcançar a efetivação das diretrizes políticas propostas para todo o Estado brasileiro devido a problemáticas existentes na cobertura e execução do SUS sob tais práticas, que são afetadas pela alta demanda de consultas e a carência de recursos.

Insuficiência de Recursos Humanos

Uma das dificuldades apontadas, que impactam o processo de trabalho, está atrelada à insuficiência de recursos humanos, havendo equipes que atuam com número de profissionais inferior ao que é estabelecido na conformação da equipe mínima segundo as portarias, além dos atravessamentos a respeito da limitação de recursos financeiros para novas contratações, consequência dos impactos das demandas e dos gastos extras causados pela pandemia.

“A pandemia atrapalhou muito a falta de recursos humanos, a limitação de leis, né, maiores, que impediam contratações. Coisas assim de quadro de pessoal” (Entrevistado 4).

“eu acho que a gente ainda tem um longo caminho pela frente nessa melhoria da comunicação com a rede. É, e um tanto é... acho que a gente precisa incorporar essas práticas de comunicação para rede com a rede, e um tanto é assim de RH, né? Falta a gente, muitas vezes a gente sai de um acolhimento, aí já vai para outro acolhimento”. (Entrevistado 2)

“É uma equipe que não está dentro de uma equipe, da equipe mínima pela portaria, então é algo que eu sinto, assim, para a gente conseguir efetivar esse trabalho em rede de forma adequada, a gente precisa ter gente, né? Precisa ter uma equipe mínima, no mínimo” [...] (Entrevistado 2)

Quanto ao funcionamento dos serviços de saúde com equipes que estão abaixo do esperado, Treichel, Onocko Campos e Campos²⁹ refletem sobre a necessidade de condições mínimas para efetivar práticas em saúde, mencionando a importância de haver quantidade adequada de profissionais dentro das equipes, havendo compatibilidade quanto à capacidade operacional da equipe e às demandas de atividades e atendimentos. Cabe ressaltar que o excesso de demandas reflete diretamente na sobrecarga dos serviços.

A rotatividade dos profissionais também foi colocada pelos gestores como barreira para continuidade de lógicas de funcionamento de trabalho que envolvam de fato uma parceria de cuidado de longo prazo, além de isso requisitar que os profissionais novos que chegam sejam atualizados frequentemente sobre a forma de trabalho em rede, tendo que ser resgatado tudo novamente, o que ocorre com frequência constante, sendo refeito esse

trabalho para cada novo profissional que chega para compor as equipes, como demonstram as falas a seguir:

“a gente ainda tem uma dificuldade porque a gente tem uma troca muito constante ainda de profissionais na rede, né, então, acaba que, principalmente com o profissional médico, é mais difícil você construir o vínculo, porque ele começa a fazer vínculo, depois ele sai, e aí... a partir do momento que chega um profissional novo, você tem que orientar ele tudo de novo, de como funciona a rede, pra ele começar esse processo de articulação. É diferente de você pegar um profissional que participou da construção dessa rede, né, que já tá inserido nessa rede, então, com absoluta certeza, isso vai interferir.” (Entrevistado 3)

“[...] no caso da atenção primária, tem uma alta rotatividade, e a gente não consegue construir de fato uma parceria de cuidado de longo prazo.” (Entrevistado 2).

Nesse sentido, Campos et al.⁸ chamam a atenção para as mudanças nas formas de contratação, havendo aumento da terceirização das funções de contratação de mão de obra, que conta com contratos temporários, impactando a rotatividade dos profissionais. Desse modo, a alta demanda de saúde mental e a rotatividade dos profissionais estabelecem barreiras que dificultam a integração da rede⁸. Assim como mencionado pelos gestores, os autores também mencionam que esse tipo de implicação também esbarra na continuidade do cuidado e nos fluxos em andamento na rede, prejudicando os processos de trabalho⁹.

Ainda sobre a rotatividade dos profissionais, ela foi apontada e compreendida por parte dos gestores como estando relacionada a um baixo investimento financeiro da esfera federal, visto que as equipes de ESF são compostas por profissionais recém-formados que estão em fase de escolha de suas especialidades, de modo que, quando escolhem e vão realizar residência médica, abrem mão de seu cargo devido à desvalorização da remuneração dos profissionais da Atenção Primária no Brasil. Esses fatores geram dificuldades para a criação de vínculo e acompanhamento longitudinal, conforme mostrado abaixo:

“Recursos humanos, acho que a gente tem um grave problema quanto a isso. É... a questão de fidelização dos profissionais, a rotatividade dos profissionais, a gente de alguma forma tá melhor, tá melhorando, né, na questão da contratação da nossa fundação, que é a nossa parceira, empresa parceira que nos ajuda muito na atenção primária. [...] A gente percebe que houve um trabalho por parte dessas novas pessoas e está tendo menos rotatividade, bem menos” (Entrevistado 4)

“Porque, assim, é nível federal, porque o que a gente tem hoje na rede, principalmente na atenção primária, nas equipes de estratégia e saúde da família, são médicos recém-formados, que acabaram de sair da graduação, que vem pra atenção primária, né, até decidirem as especialidades que vão seguir. A partir do momento que ele vai fazer uma residência, ele sai. Por quê? Porque não é valorizado a atenção primária ainda no Brasil, a estratégia e saúde da família ainda não tem essa valorização profissional que deveria ter, e aí eles não ficam, e a gente não consegue construir o vínculo.” (Entrevistado 3)

Mesmo assim, os gestores acreditam que o apoio matricial pode ser um espaço a colaborar na tentativa de reduzir os impactos da rotatividade, uma vez que esse espaço cria possibilidades de troca e discussão de casos em que o percurso do usuário e seu histórico de vida é lembrado em discussões.

“[...] até pela questão da gente ter uma rotatividade às vezes de profissional, o matriciamento ele traz muito algumas coisas que já passaram à tona para quem está chegando, e não deixam quem já está esquecer de algumas coisas que precisam ser refeitas ou reavaliadas ou repensadas”. (Entrevistado 5)

Os impactos da rotatividade de profissionais produzem falta de continuidade das ações, destacando que, para a efetivação da territorialização e da corresponsabilização dos casos, é necessário que seja firmado um vínculo entre os profissionais e os serviços de saúde. Para isso, é urgente repensar os planos de contratação, além do planejamento de ações que visem à fixação e à capacitação dos profissionais para o cuidado compartilhado em rede²⁹.

Quanto às estratégias de superação das fragilidades advindas da rotatividade dos profissionais, é possível mencionar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Apoio matricial como forma de lidar com a alta

rotatividade, uma vez que essas práticas têm como um de seus enfoques o acompanhamento longitudinal³⁰.

Destituição do NASF

Outra barreira citada como de grande impacto para o trabalho articulado em rede foi a destituição do NASF, que ocorreu quando a pesquisa ainda estava em andamento. Vale ressaltar que, quando houve o pedido por parte da Prefeitura para a Unicamp realizar a pesquisa, o objetivo maior da encomenda tinha seu enfoque voltado para a qualificação do NASF, no entanto, após quebras de gestão e a troca de três secretários de saúde, houve a destituição do NASF, trazendo problemáticas que refletem tanto na atenção primária, que sofre um déficit ao perder parte de sua retaguarda, que era exercida pelos profissionais que trabalhavam no NASF, quanto na atenção secundária, que acaba tendo um dificultador ao ter que lidar com a sobrecarga de demandas que não seriam para os serviços de transtorno mental grave, se não fosse o carência causada pela ausência do NASF.

“Eu sinto que uma grande barreira para o cuidado compartilhado e para que, de fato, cada serviço consiga fazer o seu trabalho, o seu papel, um desses dispositivos, por exemplo, que era o NASF que poderia a gente ajudar nessa integração de rede ou de ficar com os casos mais leves, para conseguir ser resolutivo na própria unidade” (Entrevistado 2)

“Um grande problema que eu localizo é não ter o NASF, foi a retirada do NASF, a suspensão da equipe NASF. A gente na conversa que a gente tem tido com outros atores da rede, isso também tem sido um ponto ali, a própria atenção primária para eles é visto como um déficit, né? Um dificultador, porque o que a gente observa é que o que, a gente acaba tendo que cuidar de uma demanda que não seriamente seria para os serviços de... para transtorno mental grave, no caso que é o CAPS, porque como há outros buracos na rede....” (Entrevistado 2)

A destituição do NASF ao longo do desenvolvimento das ações em campo revela não somente os prejuízos decorrentes das mudanças de gestão que ocorreram durante os 03 anos de percurso da pesquisa no município, mas também escancara uma importante contradição para o trabalho em rede. É

importante ressaltar que a pesquisa, quando solicitada para Universidade, tinha como enfoque principal a qualificação do NASF, e este foi destituído durante o processo.

Nesse sentido, a instabilidade e a descontinuidade administrativa, marcadas pelas constantes trocas de governo e de seus dirigentes, mostram as fragilidades presentes no sistema político-sanitário brasileiro²⁹.

Em diversos países, reconhece-se a importância da atuação conjunta entre especialistas e profissionais da Atenção Básica. No Brasil, a proposta do Apoio Matricial surgiu como estratégia de cuidado dialógico entre diferentes especialidades e diferentes níveis de atenção, com o intuito de firmar um cuidado integral permeado por trocas e corresponsabilização²⁹.

Um dos marcos principais para a efetivação das ações de saúde mental na Atenção Básica está centrado na criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possibilitam suporte aos profissionais da ponta utilizando do apoio matricial como recurso para alcançar seus objetivos principais: ampliar as possibilidades de intervenção a partir da criação de espaços coletivos de troca e favorecer a resolutividade da equipe local para acolher os casos de saúde mental. Assim, as ações de saúde mental na AB estão atreladas a princípios importantes que envolvem a ampliação do acesso à saúde mental, e destacam a integração entre as equipes e os profissionais, caminhando na mesma direção de duas importantes diretrizes do SUS: a integralidade e a equidade⁴⁴.

Contudo, é evidenciado que, em grande parte dos municípios, as questões orçamentárias também contribuem para que os gestores não optem pela inserção de profissionais da Saúde Mental na Atenção Básica, o que reflete na falta de assistência aos casos leves de saúde mental, que ficam desassistidos devido à ausência de retaguarda especializada⁴². Dessa forma, Gama⁴² menciona que: “o desenho da rede de Saúde Mental de cada município dependerá de uma série de fatores relacionados aos recursos já existentes e as características singulares de cada localidade” (29).

Ambulatório de Saúde Mental

O *Ambulatório de Saúde Mental* foi mencionado a partir de uma série de barreiras no que concerne à lógica de trabalho integrado em rede, sendo relacionado a alguns entraves que dificultam a atuação a partir da lógica do cuidado compartilhado em rede no município, fator que gera sobrecarga para os CAPS. O ambulatório ainda foi apontado como ponto deficitário dentro da rede, sendo retratado como isolado dos demais pontos da rede e de comunicação mais dificultada por não contar com um profissional que seja responsável por receber demandas dos outros serviços, havendo barreiras nas trocas com esse serviço, como demonstrado nas falas a seguir:

“e o ambulatório, de fato, é uma unidade que fica meio isolada nesse sentido, porque não tem esses recursos, né, de ter alguém específico para receber as demandas, né? É uma coisa que precisamos discutir, vamos propor isso para a gestão, porque precisa mudar o modelo do ambulatório daqui [...] E aí entra outras questões, que, por ser uma estrutura de saúde mental dentro de um ambulatório que atende outras especialidades... porque foi uma demanda da atenção básica, que trouxe pra gente que eles não conseguem ter o acesso que têm com a gente no ambulatório, e às vezes eles gostariam de ter essa parte da comunicação um pouco melhorada para ter algo, pelo menos alguém de referência”.
(Entrevistado 1)

Neste sentido, evidencia-se que, quando o funcionamento de atenção à saúde funciona de maneira fragmentada, ou seja, com predominância do modelo hegemônico, em que os sistemas são constituídos existindo a partir de um conjunto de diferentes serviços que trabalham isolados uns dos outros, os impactos refletem na ineficácia de oferta de cuidado continuado para a população²⁷.

As dificuldades de comunicação dos serviços com o ambulatório apontam para aspectos que Severo e Dimenstein⁴⁵ também apresentaram, a partir da ideia de que a lógica de funcionamento que é própria dos ambulatórios reforça a fragmentação do cuidado com desarticulação entre os serviços. Nos modelos ambulatoriais, são identificadas barreiras para a integralidade do cuidado dos usuários que são atendidos, sendo inexistente a corresponsabilização, visto que esta exige lógicas de trabalho que incluam

contato frequente e próximo entre o ambulatório e as equipes de Saúde da Família⁴⁵.

A partir de importantes reflexões, os avanços e a efetividade almejada enquanto integralidade do cuidado no SUS só serão alcançados com uma rede que funcione de maneira articulada e que impacte em mudanças tanto no nível primário quanto no secundário e no terciário, além de poder dialogar, também, com outros setores, como as políticas sociais, como única forma de quebrar “especialismos” que estão instituídos nas relações de poder e saberes do modelo médico-hospitalocêntrico²⁷.

O modelo ambulatorial replica conceitos como a medicalização e a psicologização, havendo distorção de demandas, com usuários que recorrem cada vez mais aos ambulatórios em busca de renovação de receitas médicas e psicotrópicos⁴¹, o que “guarda resquícios, em seu funcionamento, de complementaridade ao hospital psiquiátrico, e não de substituição, e que é incoerente com o paradigma psicossocial” (14).

Além disso, o ambulatório também foi destacado por contar com uma longa fila de espera, atendendo adolescentes na mesma condição de assistência que os demais, sem investimentos direcionados para os jovens, somando fatores que dificultam um trabalho articulado, como ilustrado a seguir:

“Uma fila de espera muito grande no ambulatório de saúde mental, a gente também acaba tendo que ir cuidando de casos que, se talvez tivesse outros dispositivos na rede, a gente não precisaria atender. (Entrevistado 2)”

“O que eu detectei que me chamou mais atenção foi o ambulatório [...] quando eu pedi os levantamentos, eu fui observar que as pessoas vêm e passam uma vez e depois voltam a cada 50 dias e tal, e eu fiz um levantamento da faixa etária dos pacientes e tinha muito adolescente no meio desse bolo na mesma condição de assistência [...] eu gostaria de investir no atendimento do jovem e da criança e retomar, né, os grupos, ter mais psicólogos... a gente tem a parte das crianças e dos adolescentes absolutamente em aberto” (Entrevistado 6)

Em decorrência de o ambulatório se configurar dentro dos serviços de saúde mental, os autores ainda chamam a atenção ao fato dos ambulatórios ainda centrarem-se em modelos que ainda enfatizam o especialismo e o saber

psiquiátrico, sendo considerados referências de consultas individuais nas áreas de Psicologia e Psiquiatria, o que reflete em prejuízos para a articulação de rede e gera baixa resolutividade, uma vez que, na maior parte das vezes, mantêm suas intervenções centradas apenas no indivíduo e não envolvem os usuários em espaços coletivos, havendo, também, baixa participação das famílias em atividades⁴⁵.

Neste sentido, é importante, ainda, pensar na organização dos sistemas de saúde, a pensar que cada usuário possa receber sua assistência em locais adequados. No entanto, a Atenção Básica ainda encontra dificuldade de se constituir de fato como porta de entrada mais importante dentro dos níveis de atenção e serviços de saúde, de modo que outros espaços continuam a se destacar por uma alta procura, como é o caso dos hospitais e os serviços de urgência e emergência e seus ambulatorios²⁷.

Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental

A temática da Educação Permanente na rede foi incentivada desde o início da pesquisa, quando foi criado o Comitê Gestor de Pesquisa (CGP)¹⁸, dispositivo este que, ao final da pesquisa, passou por transição, sendo fixado na rede e intitulado como Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental. O CGP foi citado pelos gestores como um disparador importante para os espaços de reflexão e troca, sendo apontado como um facilitador fundante com relação à compreensão da dinâmica do trabalho articulado em rede, que possibilitou em suas trocas introduzir a lógica do “construir junto”, como demonstrado nas narrativas a seguir.

“Olha por ter o envolvimento de pessoas do comitê gestor com nós aqui de dentro da rede desde o início da pesquisa até os dias de hoje e por essas pessoas estarem alocadas em diversos serviços, eu percebo que já teve uma mudança de mentalidade primeiro nessas pessoas que participaram mais diretamente do CGP” (Entrevistado 4)

“[...] até porque, assim, às vezes, algumas coisas culminaram junto, né, por exemplo, teve funcionário que entrou mais novo e já foi, por exemplo, já tinha sido, participava, por exemplo, do CGP, então aí isso estimulou realmente para entender a dinâmica do trabalho em rede” (Entrevistado 1)

“Mas eu sinto que a gente tem conseguido, inclusive a partir da pesquisa, a partir dos espaços, do CGP, da gente conseguir ir construindo assim ‘tá, mas faz o que que a gente pode fazer então, para ampliar e melhorar, sabe?’. Então eu sinto que tem uma, tem um pouco mais da lógica de que a gente vai fazer junto, né, que não é seu, nem meu. A gente vai sentar, vai ter que discutir, a gente vai ter que pensar em estratégia.” (Entrevistado 2)

Nesse sentido, é possível entender o CGP¹⁸ como um espaço Colegiado de Gestão, lugar em que são levadas questões das Unidades que não foram deliberadas, gerando demandas sobre as quais vão ser pensados os caminhos da organização³⁸.

Além disso, conseguir explorar a governabilidade e a autonomia das equipes impacta a construção fundante da grupalidade das equipes, resultando no efeito *setting* que possibilita recriar processos, instituindo novos arranjos como reuniões periódicas, somando uma mudança no padrão das relações intersubjetivas, em que exista não apenas o agrupamento, mas, sim, grupos que experimentam a partir de diferentes arranjos outra forma de vivenciar a grupalidade³⁸.

Os Encontros de Educação Permanente em saúde mental também foram mencionados como facilitadores do processo de trabalho em rede, surgindo a partir daí alguns apontamentos que reforçam a importância desses espaços coletivos de troca, além da importância do treinamento contínuo dos profissionais que entram novos na rede e a atualização dos demais trabalhadores. Os encontros ainda foram destacados como um divisor de águas para o trabalho em rede, visto que os profissionais que puderam participar deles se mostram mais integrados e apropriados para intervenções que são construídas coletivamente, havendo um entendimento diferenciado para eles do que é saúde mental, como apontado nas falas a seguir:

“Eu sinto que, principalmente nas unidades em que as pessoas participaram da capacitação, há um outro entendimento do que é a saúde mental, que que a gente tá fazendo aqui, qual que é nossa proposta, né... (Entrevistado 2)”

“Eu acho que, assim, eu vejo, na perspectiva dos profissionais do CAPS, eu vejo que tem a ver com os processos que teve da capacitação, né? Em relação a

essa responsabilização de ter um cuidado compartilhado”. (Entrevistado 1)

“A equipe eu acho que tem, inclusive, a partir da capacitação e das insistências, né, que a gente vem fazendo, do contato para o trabalho em rede, isso vem ficando mais próximo, assim, né, acolher um caso, ‘ah esse caso é um caso legal para levar para o matriciamento’ [...] eu acho que vem qualificando, sim, as reuniões de equipe. Acho que a capacitação teve esse efeito, pelo menos aqui [...]”. (Entrevistado 2).

É importante mencionar que, em 1980, as propostas vindas da EP preconizavam que a metodologia para os processos educativos partisse de capacitações que tinham como base seu processo organizado de maneira tradicional e verticalizada, gerando poucos efeitos. Foi, então, que surgiram novas formas de pensar a qualificação dos profissionais de saúde, enfatizando que as propostas em educação pudessem dialogar com as necessidades do contexto⁴⁶.

Assim, partindo dos pressupostos de uma estratégia pedagógica mais efetiva, a identificação das necessidades deve surgir a partir do planejamento participativo e reflexivo sobre a realidade dos serviços locais, ou seja, a informação a ser retida só fará sentido uma vez que ela parta de diálogos pertinentes acumulados anteriormente com os principais envolvidos. Desse modo, as capacitações devem conter temáticas que estejam contextualizadas com as vivências do cotidiano dos serviços e dos profissionais⁴². Modelos como esse estão em consonância com as propostas realizadas nesta pesquisa, na qual a metodologia das pesquisas de implementação¹⁶, além de terem seu enfoque voltado às necessidades de contexto, também preveem participação ativa e interativa das partes interessadas para o planejamento das ações e intervenções, de modo que os participantes locais também possam ter poder de decisão¹⁶.

Nesse sentido, Merhy e Feuerwerker⁴⁶ mencionam que as propostas ligadas à EP se caracterizam como estratégias educativas do trabalho em saúde, podendo ser associadas, também, a uma estratégia de gestão que permite organizar o cuidado em saúde a partir da ótica coletiva, ou seja, “possibilita à gestão trabalhar com a alma dos serviços de saúde” (17).

Scafuto et al.⁴⁷ também apresentam sobre a importância de que sejam ofertadas propostas que exercitem o compartilhamento de experiências com o objetivo de despertar mudança nas formações e concepções dos profissionais, resistindo ao engessamento das intervenções em saúde e estimulando as formas de aprender e ensinar, desconstruindo/reconstruindo a prática por meio da própria prática.

Os gestores valorizam em suas narrativas a importância dos espaços coletivos de troca dentro dos cuidados em saúde mental, no entanto, não apresentam quais outras propostas de educação permanente ligadas ao cuidado compartilhado em saúde mental eles têm incorporado dentro das lógicas de trabalho. Apesar disso, é mencionado pelos gestores a intencionalidade com relação à continuidade de práticas desses arranjos.

“Mas o que a gente precisa é dar continuidade mesmo nos processos formativos dentro da rede, né, não é uma coisa estanque. Teve uma capacitação, agora tá todo mundo capacitado... não! Até porque, é isso que estou dizendo. Parte da rede participou, a outra parte não conseguiu, outra parte não estava. A gente sabe da rotatividade que tem, mas é da gente conseguir construir”. (Entrevistado 2)

“[...] a forma que você fazia uma coisa, daqui a pouco já muda de novo, e aí essa educação permanente tem que existir pra que a gente consiga ir se atualizando também, né? Até como uma forma de incentivo do profissional, por que o profissional, ele quer também ser capacitado naquilo, ele quer tá atualizado no que ele tá fazendo, e aí a educação permanente, ela vai favorecer isso, né?”. (Entrevistado 3)

Na educação permanente em saúde, outros estudos enfatizam essa metodologia como um recurso estratégico em direção à superação dos desafios que partem da Reforma Psiquiátrica e que são presentes na RAPS, sendo notórias as contribuições obtidas a partir do estabelecimento de relações entre o grupo, podendo aprender e ensinar em um mesmo processo coletivo. Mais do que isso, participantes de outros estudos têm compreendido que os encontros em saúde, além de potencializarem a articulação entre diferentes pontos, provocam a constante reflexão acerca do lugar social da loucura, aproximando aspectos ligados à Luta Antimanicomial⁴⁸.

Pensando sobre a reorganização das práticas e da sustentabilidade dessas propostas, destaca-se que a aproximação dos profissionais e o investimento em capacitações sistemáticas podem contribuir para atuações que enfatizem a corresponsabilização e a lógica do compartilhamento²⁹.

Já o Comitê de Educação Permanente (CEP)¹⁸ não se trata apenas de uma instância de coordenação colegiada, mas tem permitido a articulação, podendo observar que os efeitos dos investimentos realizados em campo não se restringem apenas aos impactos dos Encontros de Educação Permanente, mas continuam a perpetuar, por meio do Comitê de Educação Permanente, o que traz a sustentabilidade das boas práticas.

Leite e Rocha³⁵ resgatam que, em 2007, o Ministério da Saúde instaurou a Educação Permanente em Saúde (EPS) como política pública (Portaria nº 1.996/2007)³⁶, tendo enfoque voltado à aprendizagem no trabalho, em que, no cotidiano acontecem, simultaneamente, o aprender e o ensinar dentro das organizações. Em sua concretização, é fundante que haja problematização e troca a respeito dos processos cotidianos de trabalho, estreitando a relação entre os profissionais e as demandas locais dos diferentes serviços³⁵.

A educação dentro da saúde também foi destacada como critério importante, que implica a criação de outros dispositivos que deem conta de manter a integração da rede, sendo importante haver a sensibilidade de perceber ao longo do tempo as necessidades e demandas que vão surgindo e fomentar espaços para a educação permanente em saúde mental.

“A educação precisa estar presente em algumas discussões que, para dentro da saúde, nós vamos ter que criar também outros dispositivos de integração. E aí, por exemplo, é muito curioso que, nesse momento, também a secretaria de saúde, enquanto o secretário propôs um fórum com todos os gestores, então eu acho que são dispositivos que vão aparecendo dessa necessidade. A gente precisa discutir e pensar o trabalho em rede, pensar o trabalho em saúde e em saúde mental, enfim”. (Entrevistado 2)

Segundo Leite e Rocha³⁵, a realização de fóruns, que são valorizados nas falas dos entrevistados, corrobora outros autores que mencionam os fóruns da RAPS como um importante espaço coletivo de troca, que, a partir de seus encontros mensais:

[...] têm como objetivos promover a interlocução entre os serviços, ampliar a interface para realização de ações de cuidado, estabelecer fluxos, discutir processos de trabalho e fomentar ações de EPS nos territórios. Trata-se de um espaço coletivo de debates éticos, técnicos e políticos, mas também consultivo e deliberativo no âmbito da gestão territorial dos serviços de saúde³¹ (8 e 9).

Com isso, a EPS funciona como estratégia importante para fomentar mudanças dentro da saúde mental, que tem marcada em sua especificidade o fato de ser instituinte, ou seja, é um campo que permite constantes reconfigurações, permitindo que as mudanças sejam permeáveis progressivamente no modelo assistencial, remodelando, assim, a forma de exercer o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico³⁵.

Papel da Gestão

Na categoria do Papel da Gestão este foi apontado como um importante facilitador, considerando a função essencial que essas figuras de liderança têm no suporte para a continuidade de lógicas de trabalho em rede, assim como para promover novas ações em educação permanente e fomentar discussões que possibilitem a sustentabilidade dos investimentos e da implementação que foi realizada no município, assim como para a construção de outros novos espaços e dispositivos que favoreçam a integração de rede.

“eu acho que nesse momento é extremamente importante que a gente coloque essa sementinha na cabeça dos nossos colaboradores, do preenchimento das coisas, do registro, porque é uma coisa que, independente se trocar o profissional ou não, vai tá registrado, esse paciente vai tá registrado ali, o histórico de saúde dele, que ele é um paciente de saúde mental, daí isso já ajuda bastante, né?” (Entrevistado 3)

“[...] eu tento fomentar discussões no âmbito de saúde mental, nem entrando em outros aspectos, mas, assim, é, como política pública, mesmo assim, que eu acho que tem algumas coisas que estavam muito defasados [...] aqui, particularmente, a Estratégia de Saúde da Família trabalha muito mais próxima de uma unidade tradicional do que o que se pensa no atendimento de clínica ampliada [...] ah, funciona melhor quando tem profissionais que têm um perfil para trabalhar na lógica de Saúde da Família. O que que eu faço, enquanto

gestor? Eu levo algumas questões para gestão com um todo, de como aproximar o modelo de atendimento de saúde da família para algo mais próximo da clínica ampliada do que de unidades tradicionais de atendimento na atenção primária. Como que a gente consegue ofertar coisas no território que, que saiam da lógica do atendimento médico para uma unidade de Estratégia Saúde da Família, então, assim, aí vamos fazer uma parceria com a universidade, que mais...” (Entrevistado 1)

Apesar de o gestor poder fomentar espaços que favoreçam as boas práticas em saúde mental, foi citado que, para colocar em prática a execução de intervenções elaboradas por ele, há necessidade de reciprocidade por parte dos outros níveis de poderes macro e micro, em que há também impactos e influência da esfera federal para a sustentabilidade dessas ações ao longo do tempo, como mostram as falas dos gestores:

“Então, eu acho que é uma grande barreira. É que a gente foi conseguindo integrar alguns dispositivos, mas também nesse tempo a gente, nesses últimos tempos, e isso, claro, como um reflexo da nossa política macro, né? Não ter o investimento do governo federal na política da atenção primária, incluindo o NASF, impacta em municípios de pequeno e médio porte que são os primeiros que abrem mão por... muitas vezes, por uma coisa de ‘ah a gente, não tem dinheiro’, acho que é isso [...] isso pode não se garantir. Em algum momento, há uma outra decisão de plano de lógica de trabalho de saúde mental, mas eu acho que também é isso, não tem nada muito mesmo garantido, não, né, vide a esfera federal aí” (Entrevistado 2)

Nesse sentido, cabe destacar o papel que os gestores têm, servindo como um lócus privilegiado, que, por meio de seu lugar, pode instituir mudanças, operando para tal em seu campo de trabalho³⁸, sendo necessário que os gestores e trabalhadores tragam à cena e fomentem discussões referentes a temáticas importantes, como a operacionalização do NASF²⁷.

Foi ressaltada, também, a importância de os gestores que compõem a rede serem profissionais que já estiveram na ponta. Agora, quando ocupam funções de gestão, podem trabalhar em articulação de rede com outras secretarias de maneira efetiva. Também foram ressaltadas as vantagens de ter

figuras qualificadas em nível técnico nas funções de coordenação, como demonstrado a seguir:

“A gente sente que, principalmente, essa gestão fez uma opção por critérios técnicos de permanência da gestão, na saúde, sabe? Isso para mim é um ponto muito positivo.” (Entrevistado 2)

“Mas eu acho que essa gestão da qual eu faço parte, ela tem tudo para continuar apoiando a continuidade e melhorar ainda mais a questão do trabalho em rede, muito por conta do perfil dos profissionais que aqui estão mesmo [...] nós temos os principais coordenadores na maioria dos serviços, nós somos enfermeiros que viemos, também, da ponta. Fomos enfermeiros assistenciais.” (Entrevistado 4)

“Eu estava na ponta, né, eu era enfermeira da unidade de saúde [...] E aí, a partir do momento que eu venho já pra essa área mais da gestão, o olhar com certeza vai mudar, porque aí a gente consegue realmente articular com outras secretarias também, com outros serviços”. (Entrevistado 3)

Ressalta-se a importância de qualificação técnica para as figuras que exercem cargos de gestão³⁸. Ao contrário do que é percebido pelos gestores, experiências evidenciadas em outros estudos mostram os impactos negativos que cargos comissionados de gestão geram na rede. Nesses cargos, muitas vezes, o papel de gestor é atribuído a figuras que não possuem conhecimento técnico na área, prejudicando o seguimento de ações e tornando-se um dificultador para o trabalho em saúde²⁹.

Além disso, foi citada a importância de os gestores tentarem assegurar lógicas de trabalho, garantindo o funcionamento dos serviços a partir de processos de trabalho que sejam institucionalizados, utilizando, por exemplo, o recurso do uso de registro em atas de reunião:

“eu sinto que tem uma certa angústia dos gestores das unidades de como é que a gente institucionaliza algumas lógicas de trabalho, alguns processos de trabalho. E eu, para mim, eu tenho muito isso, assim, eu sou a chata das atas, então tem ata de matriciamento, tem ata de reunião intersetorial, tem ata de não sei o que lá [risos]. Porque, assim, está descrito algum processo aqui, né? A ata da reunião, a ata do plantão.” (Entrevistado 2)

Com relação ao papel dos gestores, apesar da autonomia relativa no exercício da função, eles dependem dos demais níveis de hierarquia de poder decisório dos outros setores da saúde, assim como da reciprocidade com os demais trabalhadores, articulando com eles, como demonstrado na fala a seguir:

“a gestão, ela não se faz sozinha, ela precisa dos trabalhadores, ela precisa, mas, dentro das relações de poder, tenho sim um poder de dizer ‘bom, aqui a gente funciona assim dentro desses arranjos institucionais visando tal coisa’, e isso muda dependendo de quem está aqui [...] Então, eu não tenho dúvidas de que é o gestor local, o gestor municipal, o gestor enquanto secretário, o secretário da saúde, são funções diferentes, dentro das relações de poder, são poderes maiores, né? Mas eu não tenho dúvidas de que a coordenação de um serviço, ela tem um o impacto tremendo na forma de como as coisas vão ser abordadas [...] e que pode ser que a gente, em algum momento, a própria prefeitura diga que não é esse processo, e aí não tem o que eu faço também”.
(Entrevistado 2)

A partir das falas dos gestores acerca do seu papel, foi possível identificar o quanto essas figuras ainda se veem sem empoderamento e com pouco reconhecimento e valorização acerca de seu lugar de poder, associando apenas a macrogestão como responsável pelo funcionamento e a forma como se instituem os processos de trabalho. Além disso, os gestores não enfatizaram sobre quais ações e propostas eles pretendem institucionalizar para a integração da rede de serviços de saúde mental.

Quando falamos dos níveis de poder e sua relação com os papéis de gestão³⁸, é importante refletir sobre qual é, então, de fato, a função do gerente como coordenador, pois, além de ser membro da equipe, ele também exerce uma função diferenciada, tanto no aspecto salarial quanto no da função diferenciada que ele executa, não sendo “mais um ou qualquer um” (7). Neste sentido, a mudança surge a partir do momento em que vemos a possibilidade de fazer algo de forma diferente, que é possível serem construídos novos processos de trabalho, sendo, assim, reconhecida a própria potência de sua função³⁸.

Ainda, com relação à atuação dos gestores dentro dos serviços, essa é vista por eles como uma barreira que esbarra, em muitos momentos, em fatores culturais, por tratar-se de um município de médio porte, havendo situações em que recebem pedidos por parte de gestores de outros níveis, para que a ordem das filas de atendimentos possa ser atravessada e contar com privilégios a partir de favores políticos, como no caso de solicitações de favorecimento em atendimentos devido a pedidos de vereadores.

“Eu acho que de barreiras a gente tem uma certa cultura institucional que não é da prefeitura e que é um tanto do município, é, de como as pessoas entendem que é o trabalho em saúde [...] isso muito mediado por questões políticas, por questões de fácil acesso, então ‘ah eu falei com um vereador, eu falei com o não sei quem que tem’ [...], e com isso a gente vai tendo dificuldade para criar um fluxo de cuidado na rede, um fluxo de cuidado no território, de um cuidado técnico [...] Isso é muito ruim, porque a gente não consegue construir com uma cultura para dentro também dos serviço [...] Lógico que é uma grande barreira, assim, esse jeito de funcionar, da cidade, enfim. Acho que a prefeitura e os serviços vão reproduzindo isso em maior ou menor grau”. (Entrevistado 2)

“Eu não quero atender alguém para que o vereador ligou e mandou passar na frente. Eu quero atender o cara que passa na frente, porque ele tem uma urgência, é... que o critério seja técnico e não político”. (Entrevistado 1)

Nesse sentido, Onocko-Campos³⁸ ressalta sobre ser imprescindível que as figuras de gestão, principalmente aquelas que exercem seus cargos relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), deveriam, por sua própria designação incluir o democratismo em sua atuação e práticas. No entanto, esse ainda demonstra ser um entrave significativo no contexto de saúde brasileiro, como apresentam as falas dos gestores, sendo impossível dissociar o pensar e a construção da saúde coletiva e da política no Brasil.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho conclui sobre a potência da ciência da implementação no campo da saúde, enquanto metodologia reconhecida já internacionalmente, recomendando-a como ferramenta que pode trazer resultados expressivos no que concerne à possibilidade de efetivação de mudanças nas lógicas de trabalho, para superação da fragmentação do cuidado em saúde mental. Além disso, as PIs permitem avaliar e sistematizar os resultados e impactos esperados.

Nesse cenário, em que os gestores têm papel fundamental no que concerne à oferta de ações e propostas que fortaleçam e articulem as políticas públicas de saúde no Brasil, priorizando a comunicação entre os serviços e as trocas entre os diferentes profissionais e especialidades, por meio da sustentação de dispositivos como o Apoio Matricial.

No entanto, é possível identificar que os gestores ainda se veem desempoderados e com dificuldades para associar a potência da microgestão como geradora de mudanças em determinado cenário. Os gestores demonstraram que têm utilizado o Comitê de Educação Permanente em Saúde Mental como um dispositivo de integração da gestão, mas pouco investiram em outras ações concretas, além das propostas de formações na rede. Dessa forma, os gestores ainda demonstram uma visão que atribui quase que exclusivamente à macrogestão a responsabilidade de instituir boas práticas em saúde mental, tendo dificuldade em se reconhecer como figuras que podem transformar as redes em que atuam.

Destacam-se, também, os impactos que as pesquisas de implementação podem gerar na reestruturação da assistência à saúde mental a partir da implementação da Educação Permanente em municípios brasileiros, como recurso valioso para possibilitar cuidados integrados e a articulação de rede. A ciência da implementação ainda é pouco utilizada no Brasil, e seus achados ainda são incipientes, no entanto, a partir da experiência deste estudo, apresentam-se as contribuições para que essa metodologia agregue potência e qualificação às Redes de Atenção Psicossocial.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Koda MY. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. [Dissertação de mestrado] [Internet] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2002. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17112002-120859/pt-br.php>.
- [2] Amarante P. (Coord.) n/a et al. Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FRIOCRUZ; 2003.
- [3] Batista MDG. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. Revista de Ciências Sociais. 2014 [acesso em 20 de dezembro de 2022]. 1(40): 391-404. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>.
- [4] Ministério da Saúde (Brasil). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: MS; 2005. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- [5] Garcia PT, Reis SR (Org.). Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São Luís: EDUFMA, 2018. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>.
- [6] Ministério da Saúde (Brasil). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- [7] Onocko-Campos R, Gama C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010, p.

210-32.

[8] Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

[9] Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Dez 2011 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 16(12): 4643-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>

[10] Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. Fev 2007 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 23(2):299-407]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

[11] Campos KFC, Sena RR, Silva, KL. Educação permanente em serviços de saúde. Esc. Anna Nery. 2017 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 21(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>.

[12] Damou I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. Physis. Dez. 2017 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 27 (04): 911-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>.

[13] Junior HMM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Revista Divulgação em saúde para debate. [Internet]. Outubro 2014 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 52. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

[14] Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. Março 2012 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 17(3): 575-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>.

[15] Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:

definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Jun 2005 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 39(3): 507-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

[16] Peters, DH et al. Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*. Apr. 2014; 48 (8):731-36.

[17] Proctor E, Silmere O, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Mar; 38(2):65-76. Pubmed PMID: 20957426; PMCID: PMC3068522.

[18] Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde Debate*. Nov 2019; 43(2): 35-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S203>.

[19] Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saúde debate* [Internet] Jan-Mar. 2022 [acesso em 20 de fevereiro de 2023]; 46(132): 121-134. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213208>.

[20] Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RTO. Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2021 [acesso em 20 de fevereiro de 2023]; 15(84). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6>.

[21] Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RTO. Primary care registration of the mental health needs of patients treated at outpatient specialized services: results from a medium-sized city in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07127-3>

[22] Onocko-Campos RT, Miranda L, Gama CAP; Ferrer AL, Diaz AR, Gonçalves L, et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2010; UERJ, RJ, 1: 221-241. [citado em 2022 jul 19]. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a15.pdf>

[23] Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4 (2): 393- 403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013

[24] Silva M, Lee L, Ryan G. (2014). Using theory of change in the development, implementation and evaluation of complex health interventions. The Centre for Global Mental Health na London School of Hygiene & Tropical Medicine e The Mental Health Innovation Network. May 2014. [citado em 2022 jul 19]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHIN%20ToC%20guidelines_May_2015.pdf

[25] Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

[26] Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.

[27] Silva GM. A Articulação da saúde mental em redes de atenção à saúde: a perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul-RS. 2013. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. In: *Lume Repositório Digital*. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/87212>.

[28] Bonfim IG, Bastos ENE, Gois CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)* [Internet] Jun 2013 [acesso em 20 dezembro 2022]; 17(45): [287-300]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6HHKZ5VHXNVRySz4LSzBhyg/?lang=pt>.

[29] Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2019 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>.

[30] Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*. [Internet] 2020 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 18(1): [1-18]. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>.

[31] Emerich BF. Caps no território: cuidado onde a vida acontece. 2006/2007 [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/caps_no_territorio.pdf.

[32] Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A desvalorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde colet. [Internet] Ago 2016 [acesso em 20 de dezembro 2022]; 21(8): [2537-2546]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>.

[33] Dimenstein M, Galvão VM, Severo AKS. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. Pesqui. prá. psicossociais [Internet]. Dez. 2009 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 4(1): [37-48]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-594151>.

[34] Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc. saúde coletiva [Internet] Jan 2011 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 16(1): [349-60]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>.

[35] Leite LS, Rocha KB. em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. Estud. Psicol [Internet]. Jun 2017 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 22(2): 203-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170021>

[36] 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 e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

[37] Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physys Revista de Saúde Coletiva [Internet] Jun 2016 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 26(2): [455-481]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>.

[38] Onocko Campos RT. A gestão espaço de intervenção, análise e

especificidades técnicas. In: Gastão Wagner de Sousa Campos (Org.) Saúde Paidéia. 1ªed. São Paulo: Hucitec; 2003. p.122-149.

[39] Oliveira GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP (Organizadores). Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010, p. 263-271.

[40] Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. Saúde debate [Internet]. 27 de junho de 2022 [acesso em 20 de dezembro de 2022];46(132 Jan-Mar):121-34. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/6255>.

[41] Massuda A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP (Organizadores). Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010, p. 169-191.

[42] Gama, CAP. Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território. 2011. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1614295>.

[43] Chiaverini DH. (Organizadora) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília - DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.

[44] Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério de Saúde; 2010.

[45] Severo AK, Dimenstein M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. Psicol: ciênc. prof. [Internet]. 2011 [Acesso em 20 de dezembro de 2022]; 31(3): [640-655]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414->

98932011000300015.

[46] Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. [Internet]. [Acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>.

[47] Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). Com. Ciências Saúde. [Internet]. 2017 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 28(3/4): [350-8.] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf.

[48] Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Saúde Debate [Internet]. Out. 2020 [acesso em 20 de dezembro de 2022]; 44(spe3): [210-22]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>.

7. APÊNDICES

APÊNDICE FII - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Gestores - Avaliação da Implementação

Questões disparadoras:

1. Quando pensamos em cuidado compartilhado, houve mudança no seu serviço? E nos demais da rede?
Se sim, quais foram?
Se não - Acha que deveriam ter ocorrido algumas? Quais?
2. Quais foram as barreiras e facilitadores para obter essas mudanças?
 - Houve alguma mudança em relação às reuniões de equipe? (Barreiras e facilitadores).
 - Você percebe alguma mudança em relação a comunicação entre os serviços da rede? Como esta comunicação acontece hoje? (Barreiras e facilitadores).
 - Como é feito hoje o compartilhamento dos casos atendidos? (Barreiras e facilitadores).
 - Sente que mudou algo na forma como acontece o processo de encaminhamento/referenciamento dos usuários para outros serviços da rede? E a contrarreferência? (Barreiras e facilitadores).
 - Houve mudanças em relação ao uso dos recursos coletivos e comunitários? (Tem havido ofertas de cuidado além dos atendimentos? Como atividades em grupo, visitas domiciliares). Barreiras e facilitadores.
 - Percebe alguma mudança em relação aos cuidados clínicos mínimos que são oferecidos aos usuários?
3. Como você percebe o **papel da gestão** na sustentação das mudanças que apareceram, ou das mudanças que deveriam ter aparecido.
4. Como você percebe o papel do apoio matricial?

APÊNDICE EII: TCLE para entrevista com Gestores – Avaliação da Implementação



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) – Gestores

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode ter um tempo para refletir se deseja participar e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo de implementação de dispositivos de integração de rede no município de Itatiba. A justificativa para a realização desta pesquisa é a importância de entender como a implementação favoreceu ou não o funcionamento da rede de serviços em saúde mental.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista, que consiste em uma conversa com um dos pesquisadores. A coleta de dados será realizada aqui no serviço mesmo e acontecerá durante a sua rotina de trabalho, tendo duração entre 1 e 2 horas.

O pesquisador vai fazer perguntas às quais você será convidado a responder e dialogar sobre o que pensa acerca do assunto. Essa conversa será audiogravada e posteriormente transcrita, preservando a identidade dos participantes, para que se possa fazer a análise dos dados. O material audiogravado será utilizado exclusivamente para este projeto e será armazenado pela pesquisadora responsável somente em formato digital pelo período de 3 anos, após esse período, o mesmo será destruído.

Desconfortos e riscos:

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível,

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

2 de 3

sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo, por fazer alusão ao seu processo de trabalho, podem causar incômodo. Este risco se justifica pela necessidade de entender como o seu processo de trabalho interage com o processo de implementação. Contudo, você pode interromper sua participação sempre que quiser, podendo continuar depois a participar da entrevista ou não. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de compartilhar suas vivências e sentimentos acerca do seu processo de trabalho e funcionamento da rede de serviços de saúde mental. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde aqui do município proporcionando assim um melhor atendimento para os usuários e um melhor processo de trabalho para você e seus colegas.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso necessário e consentido por você, qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional será relatada ao seu supervisor direto para que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

Como o estudo será feito nesse serviço, não esperamos gerar gastos para você, mas caso você tenha algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integralmente de suas despesas. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e você deverá assinar um recibo. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@unicamp.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as

17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

3 de 3

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08hrs às 11:30hrs e das 13hrs às 17h30 na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19)3521-8936 ou (19)3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

() Autorizo a gravação do meu depoimento em áudio () Não autorizo a gravação do meu depoimento em áudio.

Nome do (a) participante:

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP quando pertinente.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Assinatura do pesquisador:

Data: ____/____/____

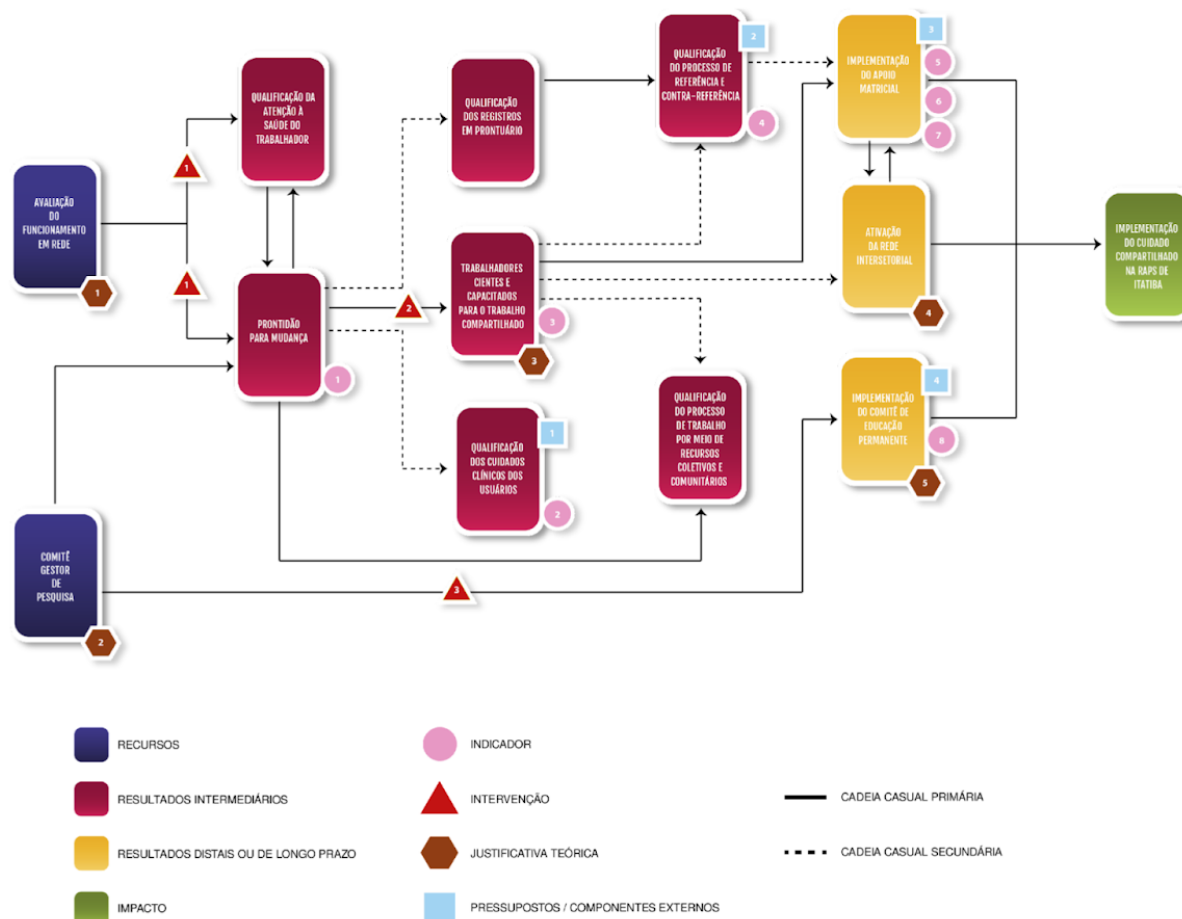
ANEXOS

(ANEXO I)



QUALIFICANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP

UM MAPA PARA MUDANÇA



1 Grau de aceitabilidade, adoção, adequação e viabilidade da intervenção. 2 Proporção de usuários que receberam cuidados mínimos de saúde física. 3 Proporção de trabalhadores e gestores capacitados para o cuidado articulado em rede. 4 Proporção de casos atendidos nos serviços especializados que são de conhecimento da Atenção Básica. 5 Proporção de usuários acolhidos nos serviços especializados por meio de demanda espontânea. 6 Proporção de usuários acolhidos nos serviços especializados a partir de encaminhamento da Atenção Básica. 7 Reorientação do fluxo de encaminhamentos entre o CAPS-AD e as Comunidades Terapêuticas. 8 Incorporação do Comitê de Educação Permanente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.	1 Devolutiva dialogada dos dados obtidos na fase 1 do projeto. 2 Oferta de capacitação para trabalhadores e gestores do município acerca da intervenção. 3 Oferta de capacitação e treinamento continuados para trabalhadores de referência no município. 1 Baseia-se na necessidade de diagnóstico e avaliação conjunta do cenário de intervenção. 2 Baseia-se na necessidade de estabelecer um processo que seja participativo. 3 Baseia-se na necessidade de difusão de conhecimentos acerca da intervenção proposta. 4 Baseia-se no entendimento de uma ação multisetorial para obtenção do sucesso da intervenção. 5 Baseia-se na necessidade de promoção da sustentabilidade da intervenção.	1 Aquisição de insumos e materiais necessários para o cuidado clínico dos usuários nos serviços especializados de saúde mental. 2 Implementação do sistema de prontuário eletrônico no município. 3 Garantia de estrutura física e oferta dos recursos necessários para realização sistemática dos encontros de matriciamento. 4 Garantia de estrutura física e orçamentária por parte do município.
---	--	--

