

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LARISSA ALVARES DE OLIVEIRA PEPATO

**Matriciamento em saúde mental: Um Projeto viável na Atenção
Básica, ESF Rosa Maria Frange**

Uberaba-MG

LARISSA ALVARES DE OLIVEIRA PEPATO

**Matriciamento em saúde mental: Um Projeto viável na Atenção
Básica, ESF Rosa Maria Frange**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
curso de especialização em atenção básica em saúde
da família universidade federal de minas gerais para
obtenção do título de especialista**
Orientador: Prof Dr. Sabrina Martins Barroso

**Uberaba-MG
2015**

LARISSA ALVARES DE OLIVEIRA PEPATO

**Matriciamento em saúde mental: Um Projeto viável na Atenção
Básica, ESF Rosa Maria Frange**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. _____ . [_____]

Examinador 2: Prof. Zilda Cristina dos Santos. [UFTM]

Aprovado em Uberaba em ___ de _____ de 2015

RESUMO

Infelizmente a saúde mental é trabalhada em um processo hierárquico. Quando os médicos se sentem inseguros para tratar alguns casos de saúde mental na atenção básica encaminham ao especialista, ocorre a transferência de responsabilidade porque nunca se obtém uma contra referência.

E isso não foi diferente no ESF Costa Telles 2, no bairro Cartafina no município de Uberaba. A partir do diagnóstico situacional foi identificado alto índice de pacientes de saúde mental e por isso foi criado um projeto de intervenção afim de acolhê-los na Estratégia da Saúde da Família (ESF) com mais qualidade e competência.

O objetivo do projeto é elaborar um projeto de intervenção para melhorar o matriciamento em saúde mental no município de Uberaba. Diminuir o referenciamento desordenado das pessoas aos centros de saúde mental; aumentar os índices de resolutividade dos problemas queixados pelos pacientes e diminuir iatrogenia; orientar o acesso à rede de saúde mental via ESF.

O Projeto se baseou no Planejamento estratégico situacional-PES (CAMPOS et al.,2010), com dados colhidos do município, arquivo do paciente, análise institucional e bibliográfico. Esse projeto tem a ambição de contemplar 90% dos pacientes de saúde mental e estabilizar 80% deles; diminuir os estigmas com o transtorno mental; aumentar a eficácia do tratamento, evitando encaminhamentos desnecessários

O projeto visa mudar o contexto da saúde mental em Uberaba, aproximando o médico da família e o psiquiatra com discussões, visitas conjuntas ou contato telefônico, organização de arquivo, educação continuada. Além disso, reduziria as filas de espera para consultar com a psiquiatria, evitaria encaminhamentos desnecessários ao especialista e melhores índices de resolutividade.

ABSTRACT

Unfortunately mental health is crafted in a hierarchical process. When doctors feel insecure to treat some cases of mental health in primary care they refer to an expert, the transfer of responsibility occurs because they never have an answer in return. That was no different in Family Health Strategy Costa Telles 2, in the neighborhood of Cartafina in the city of Uberaba. Because of the situational diagnosis, a high rate of mental health patients was identified and an intervention project was created in order to welcome them in the Family Health Strategy (FHS) with more quality and competence.

The aim of the project is to develop an intervention project to improve the mental health orientation in the city of Uberaba. Reduce the cluttered referencing people to mental health centers; increase rates of solved problems told by patients and reduce iatrogenic; guide the access to the mental health network via FHS.

The project was based on the situational-PES Strategic Planning (Campos et al., 2010), with data collected from the city, patient's files, institutional and bibliographic analysis. This project has the ambition to contemplate 90% of mental health patients and stabilize 80% of them; reduce stigma with mental disorder; increase the effectiveness of the treatment, thus avoiding unnecessary referrals

The project aims to change the context of mental health in Uberaba, approaching the family doctor and psychiatrist with discussions, joint visits or telephone contact, file organization, continued education. It would also reduce queues to consult with a psychiatrist, avoid unnecessary referrals to specialists and better-solving rates.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Identificação e apresentação do problema	8
2 OBJETIVOS	
2.1. Gerais.....	12
2.2. Específicos	12
3.METODOLOGIA.....	15
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
5.1. Diagnóstico situacional.....	20
5.2. Priorização do problema	24
5.3. Explicação dos problema.....	25
5.4. Seleção dos nós críticos	26
5.5. Desenho das ações e identificação dos recursos críticos.....	27
5.6. Análise da viabilidade de um plano	34
5.7. Elaboração do plano operativo	38
6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.....	40
7. QUADROS DE PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9. REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde é entendida como uma reorganização do modelo assistencial, a partir de um sistema de atenção em saúde integrado e universal. É a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e tornou-se um dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico. Em suas diretrizes, focaliza a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde. As ações devem ser operadas no contexto territorial e comunitário com atuação multidisciplinar e participativa. (Correia et al, 2015).

Dentro do conceito de Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) começou a ser implantada em 1991, com a criação do Programa Agentes Comunitários em Saúde (ACS). Passados três anos foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que hoje cobre cerca de 50% da população brasileira. Trabalha numa perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada. (Chiaverini et al, 2011).

Atualmente, o Brasil conta com 32.970 Equipes de Saúde da Família espalhadas por todo País, 1.783 núcleos de apoio a Saúde da Família (NASF), 21.700 equipes de Saúde Bucal, mais de 253 mil agentes comunitários de saúde. (Brasil, 2014).

A ESF se tornou uma importante aliada no cuidado aos pacientes diagnosticados com transtornos mentais após a reforma psiquiátrica, e deve ser o local de acolhida e acompanhamento dos casos ditos leves. É uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, baseado até então no modelo

biomédico, na prática hospitalocêntrica e no uso inapropriado dos recursos tecnológicos disponíveis.

Contudo, segundo o Ministério da Saúde (2011) a maioria dos profissionais da Atenção Básica não se sente capacitado para tal situação, o que gera um excesso de encaminhamentos aos serviços especializados.

As equipes de PSF são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde, a partir dos anos de 1990, direciona a saúde mental para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em uma rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico e manicômio. Esse movimento de desinstitucionalização tem mostrado progresso, mesmo que lento, com cobertura nacional de 66% da população com sofrimento mental, contando com 1.620 CAPS. (Portal da Saúde, 2014)

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário. O principal critério para o planejamento da rede de atenção mental nas cidades e a implantação dos centros é o perfil populacional dos municípios. São organizados em CAPS de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (AD) e infanto-juvenil (CAPSi). Quanto maior o número de habitantes no município, maior a complexidade desses níveis de atendimento. (Ministério da Saúde, 2004).

Os CAPS I são os centros de menor porte, em municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes. O tipo II dá cobertura para municípios com mais de 50 mil habitantes e atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Já o tipo III está presente em municípios com mais de 200 mil habitantes. Possui serviços de grande complexidade e funcionam 24 horas por dia. (Ministério da Saúde, 2004).

Os municípios devem desenvolver a Política de Saúde Mental no contexto do SUS, de acordo com a Lei Federal nº. 10.216 de 06/04/2002, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O Programa deve respeitar a regionalização, articulando ações de assistência, promoção e reabilitação psicossocial, mediante desenvolvimento de ações em atenção básica, Programa de Saúde da Família e rede de Saúde Mental substitutiva visando à redução de internações psiquiátricas e favorecendo a reinserção social. (Escudeiro; Souza, 2009).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (Mendes, 2010, p.4)

O sistema de atenção à saúde em rede deveria garantir a articulação e integração dos pontos de integração de saúde no território, qualificando o serviço por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Todavia não é bem assim que ocorrem muitas das vezes os níveis de atenção não se articulam de forma adequada e não formam uma rede, mas sim um processo de hierarquia. Quando esgotam as possibilidades no PSF, acabam encaminhando ao especialista e perde-se o paciente por falta contra referência.

Ressalta-se, nessa conjuntura política de saúde, a importância do território, o local de convivência do usuário e que já é muito bem explorado pela Unidade Básica de Saúde de referência. Um dos desafios atuais é a junção do trabalho da ESF e da Saúde Mental em uma mesma territorialidade de referência para o usuário. (Ministério da Saúde, 2011).

O apoio matricial difere do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária. Segundo Figueiredo e Campos (2009) pode ser entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.” (Chiaverini et al., 2011)

1.1. IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O Município de intervenção é Uberaba e situa-se na microrregião do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais, com latitude sul 19°45'27" e longitude oeste a 47°55'36". Uberaba está equidistante, num raio de 500 Km, dos principais centros consumidores do Brasil, há 479 km de Belo Horizonte e com as seguintes cidades limítrofes: Água Comprida, Conceição das Alagoas, Uberlândia, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava, Aramina, e Miguelópolis. (Prefeitura de Uberaba, 2014).

O prefeito de Uberaba é o Paulo Pial, o secretário municipal de saúde é a Marco Túlio Azevedo Cury, coordenadora da atenção básica Elaine Teles Vilela Teodoro, coordenadora da saúde bucal Laércio Mangucci Junior. (Prefeitura de Uberaba, 2014).

Uberaba tem sua origem na ocupação do Triângulo Mineiro, que ficou sob a jurisdição de Goiás até 1816. A região começou a ter importância preciosa, que

consistia em uma das metas administrativas da Coroa Portuguesa. (Prefeitura de Uberaba, 2014).

A área de Uberaba é de 4.530 km², sendo que o perímetro urbano da cidade possui 256 km². A População urbana de Uberaba é de 289.408 habitantes, sendo a população rural de Uberaba de 6.592 habitantes, o número de habitantes total segundo o censo 2010 em Uberaba é de 296.000 habitantes, 96.799 domicílios. (Prefeitura de Uberaba, 2014).

Uberaba conta com 17 Unidade de Saúde da Família (USF), 9 Matricial de Saúde (MS), 6 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 2 Unidade de pronto Atendimento (UPA). O bairro da nossa UBS é o Cartafina e a micro área Costa Telles 2, cuja população adstrita corresponde à 3359 pessoas, 953 famílias. (Prefeitura de Uberaba, 2014).

No município de Uberaba, foco de interesse desse trabalho, foi identificada a má adesão ao tratamento de doença crônica como um dos problemas de saúde na área de abrangência. Esse é um problema final já que é causado pela má informação, baixo nível cultural dos usuários, falta de hábitos saudáveis, pouco poder aquisitivo da população, entre outros.

A falta de matriciamento na saúde mental também foi um problema identificado cuja causa seria a falta de investimento na saúde, escassez de integração entre o médico da família e o psiquiatra, escassez de educação continuada abordando o tema. A obesidade é relevante e também foi eleita como um dos diagnósticos de saúde. Esse como os demais citados embora pareçam problemas terminais, são também intermediários por serem capazes de gerar vários outros problemas, sendo impossível individualizá-los.

Nesse contexto fez-se necessário selecionar os nós críticos com a ajuda de toda a equipe, tais como a falta de conhecimento sobre matriciamento; ausência de encontros periódicos para discussão de casos; desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial; dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância; pouco manejo na educação permanente em saúde mental; pouca abordagem familiar e ambiental, não voltada apenas para o indivíduo.

Tais problemas se enfrentados adequadamente representariam intervenções positivas na Saúde Mental do município de Uberaba, culminando no êxito do matriciamento.

Diante de tal realidade surge a necessidade de uma maior integralização entre a atenção primária e os profissionais especializados em saúde mental com uma retaguarda técnico-pedagógica. Esse processo se denomina apoio matricial e visa fortalecer as ferramentas de referência e contra-referência, centros de regulação e protocolos. Torna-se então um regulador de fluxos que permite diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados ou que podem ser seguidos pela ESF ou pelo menos, inicialmente acolhidos por esse último serviço. (Ministério da Saúde, 2011)

O Apoio Matricial seria o compartilhamento de casos entre a equipe de saúde mental e a da atenção básica, em uma forma de co-responsabilização. Esse processo pode se efetivar através discussões de casos ou atendimentos conjuntos, intervenções junto às famílias e comunidade, visitas domiciliares e também na forma de supervisão e capacitação. (Delfine et al., 2009).

Há uma horizontalização do sistema de saúde que se reestrutura em equipe de referência e equipe de apoio matricial. A primeira equipe citada seria a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a segunda, a equipe de saúde mental. (Chiaverini et al, 2011).

Matriciamento não é encaminhar ao especialista, atendimento individual pelo profissional de saúde mental ou intervenção coletiva realizada apenas pela equipe de saúde mental. (Mielke; Olchowsky, 2010)

Todavia há desafios para a prática de matriciamento tais como: estigma do paciente psiquiátrico; má adesão ao tratamento; como lidar com a violência; dificuldade de comunicação médico- paciente; dar notícia ruim; apoio à vulnerabilidade da equipe de ESF ao estresse; escassos investimentos. (Chiaverini et al, 2011).

Ainda existe um estigma sofrido pelas pessoas com problemas mentais, submetidos às reações negativas como medo e antipatia. Por vezes se auto isolam por medo de sofrer discriminação (autoestigma).

O estigma e o autoestigma afetam portadores de transtornos mentais em diversos aspectos da sua vida, tendo um impacto negativo em suas oportunidades de participação social em sua recuperação e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida. (Chiaverini et al., 2011).

Outra grande dificuldade é a adesão ao tratamento, multifatorial, que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; relaciona-se à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. O vínculo entre profissional e paciente é fator de consolidação do processo e ser considerado para que se efetive (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005 apud Chiaverini et al., 2011).

A violência também é um problema que os profissionais de matriciamento se deparam contribuindo para uma melhor identificação e elaboração de planos terapêuticos individuais e/ou voltados a comunidade envolvida.

A comunicação na saúde tem implicações na adesão ao tratamento, no prognóstico de afecções, na satisfação do paciente, nas denúncias de má-prática e na satisfação do profissional. Estudos britânicos mostram que a capacidade de um médico generalista compreender e cuidar de transtornos mentais depende mais do seu estilo de comunicação do que de seu conhecimento de psiquiatria (Chiaverini et al., 2011).

Dificuldade de comunicação médico-paciente, seja por fatores externos às pessoas (Sala de recepção inadequada na unidade de saúde, em local barulhento por exemplo; grande volume de paciente sendo necessário dedicar pouco tempo com cada paciente; interrupções na consulta por pessoas ou ligações no celular) ou por fatores interno às pessoas (sociocultural, cognitivo ou emocional).

Quanto a comunicação de notícias ruins tanto os matriciadores quanto os matriciandos devem estar cientes da grande importância da habilidade de se lidar com conteúdos emocionais. É uma habilidade que exige constante aperfeiçoamento e que o profissional desenvolverá durante toda a sua carreira.

Os matriciadores devem apoiar as equipes de saúde da família pois estão submetidas a alto grau de estresse. Por isso, elas vêm apresentando um índice surpreendente da síndrome de esgotamento no trabalho (burn-out), que se manifesta por várias formas de adoecimento dos profissionais que nela trabalham, inclusive no âmbito emocional, contribuindo para a grande rotatividade de profissionais na ESF. (Ministério da saúde, 2011).

2. OBJETIVOS

2.1. Gerais

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o matriciamento em saúde mental no município de Uberaba.

2.2. Específicos

Diminuir o encaminhamento desordenado das pessoas aos centros de saúde mental;
Aumentar os índices de resolutividade dos problemas queixados pelos pacientes e diminuir iatrogenia;

Orientar o acesso à rede de saúde mental via ESF. Diminuir a incidência de paciente de saúde mental com sofrimento psíquico e/ou físico, fique transitando entre equipamentos de saúde ou aguardando em longas filas de espera, com possível agravamento de seu quadro e daqueles em seu entorno.

3. METODOLOGIA

O trabalho é um projeto de intervenção voltado para tentar melhorar o matriciamento em saúde mental, o plano de intervenção pautou-se nos princípios do método de Planejamento estratégico situacional-PES (Campos et al.,2010).

O estudo foi realizado no ano de 2015 na cidade de Uberaba-MG. A população de enfoque da intervenção foi a adscrita no território da equipe Costa Telles II, situada na unidade do ESF Rosa Maria no bairro Cartafina. O período de tempo que prevalece nas buscas foram os últimos 5 anos ou seja do ano de 2011 a 2015.

Durante a realização da disciplina planejamento e avaliação em saúde da Curso de Especialização em Atenção básica em Saúde da Família (CEABSF), em 2015, foi feito um diagnóstico situacional da área de abrangência do Costa Telles II com base nos dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB saúde), Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), Prefeitura municipal de Uberaba, dados dos próprios agentes comunitários de saúde e da sua área de atuação e dados médicos do convívio diário com os pacientes. O diagnóstico situacional permitiu conhecer o território e os principais problemas enfrentados pela equipe.

Para tanto foi realizada uma revisão de literatura em busca de conceitos de matriciamento, necessidade das ESF de apoio matricial, importância do tratamento eficaz do paciente de saúde mental para a comunidade e família. Para elaborar a revisão foram usadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), biblioteca virtual do Ministério da saúde (BVSMS) e dados secundários da

ESF. Os descritores utilizados foram: Atenção primária à saúde; Protocolos, Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Apoio Matricial, Reforma psiquiátrica.

Todavia tivemos que eleger o problema prioritário de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento; houve uma análise descritivo do problema com base quantitativa dos registros da própria equipe de saúde e explicamos pela lógica causa-consequência.

A identificação do nó crítico só foi possível a partir da colaboração dos ACS e demais membros da equipe que começaram a levantar as causas dos problemas mais recorrentes da falta de matriciamento em saúde e que se solucionados resolveriam o problema principal. Para tanto foi consultado o guia prático de matriciamento de saúde mental para ver se esses nós eram coerente com o que é proposto pelo Ministério da Saúde.

A partir dos nós críticos foi elaborado o desenho das operações com providências factíveis a fim de viabilizar o matriciamento. Identificamos quem controla os recursos críticos, suas motivações favorável ou não e as ações estratégicas para mobilizá-los em prol das mudanças propostas.

Por fim foi elaborado um plano operativo para designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os transtornos mentais são responsáveis por 14% de todas as doenças documentadas. Estima-se que em 2020 a depressão será considerada a segunda causa de adoecimento com altas taxas de invalidez e morbidade, que contrastam com o baixo investimento público. (Príncipe et al, 2007).

A saúde mental passou por mudanças a partir da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970. A reforma se baseou em um conjunto de transformações permanentes nos campos teóricos, jurídicos, socioculturais e assistenciais marcados por tensões, conflitos e desafios ao considerar a retirada do paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e lhe proporcionar cuidados necessários na comunidade, onde está inserido. (Delfine et al, 2009)

Esse movimento de desinstitucionalização tem mostrado progresso, mesmo que lento, buscando o fim do tratamento iatrogênico, carcerário e segregatório, oferecidos historicamente nos manicômios. Ao final de 2011, o Brasil apresentava 1.742 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando a criação de 122, implantados durante o ano. Destes CAPS, apenas 63 são do tipo III (Ministério da Saúde, 2012). O CAPS III amparara pacientes dependentes de álcool, crack e outra drogas. (Correia, 2012).

Considerando a rede de saúde, a atenção básica tem um importante papel na assistência às demandas em Saúde Mental. O Ministério da Saúde (MS) avalia que cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde estimam que aproximadamente 80% dos

usuários encaminhados aos profissionais em saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de encaminhamento a uma atenção especializada. (Chiaverini et al., 2011).

No contexto de um dispositivo institucional recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde como estratégia de gestão para a construção de uma rede de cuidados ampliada em saúde mental, o matriciamento combate a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma prática ancorada na co-responsabilização do cuidado. Além disso, visa produzir maior resolubilidade à atenção em saúde mental no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) (Gutierrez, 2013)

Há duas equipes na constituição do trabalho frente às necessidades de saúde na atenção básica: uma de referência e outra de apoiadores, que devem dividir experiências, conhecimentos e poderes para a tomada de decisões, de modo integrado. A equipe de referência é responsável pela condução do caso, com o objetivo da ampliação das possibilidades de vínculo favorável no tratamento e avanço da intervenção, junto ao caso em discussão. Já o apoiador matricial, é um especialista que pode agregar um conhecimento, pensando na resolução e apoio às equipes de referência frente a um determinado problema de saúde. (Iglesias; Avellar, 2009)

O Apoio Matricial é considerado uma proposta recente, abordada inicialmente por Campos, em 1999, como uma teia organizacional para o trabalho. As primeiras experiências de apoio matricial foram realizadas em Campinas no final da década de 1980. Em 2008, o Ministério da Saúde formalizou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pressupondo um funcionamento a partir de apoio matricial. (FONSECA et al., 2014).

Fundamentados nos estudos de Figueiredo e Onocko-Campos (2009) desenvolvidos na cidade de Campinas-SP, os gestores participantes de uma pesquisa sobre a organização das ações de saúde mental na atenção básica a partir da implantação do Apoio Matricial, consideraram que a atenção básica deveria desenvolver o trabalho preventivo e educativo. Também deveriam ser ofertadas novas propostas clínicas e curativas, nucleares da saúde mental. Porém concluiu-se que ainda era preciso avançar no desenvolvimento de propostas, como estimular a prática do matriciamento e o aspecto integral do cuidado, para compreender o indivíduo como um todo, nas suas dimensões biológicas, sociais e psicológicas em contraposição às atitudes fragmentárias e reducionistas, exclusivamente biologicistas e medicamentosas.

Nessa mesma pesquisa, houve uma avaliação de que o projeto de matriciamento foi sentido como uma imposição da gestão. Assim, alguns profissionais permaneceram pouco permeáveis às mudanças. Houve dificuldade de comunicação, principalmente pela falta de entendimento de alguns profissionais do conceito de matriciamento. Todavia, todos concordaram que o ponto principal de discussão foi acerca do manejo dos casos leves e a co-responsabilização do cuidado.

Contudo, na prática ainda há confusões em relação ao projeto de apoio matricial e as responsabilidades que devem ser compartilhadas entre as equipes de referência e os profissionais de saúde mental, os quais, em alguns momentos, depositam as dificuldades de efetivação do projeto na resistência que percebem das equipes de referências de usar métodos não medicamentosos, ou ainda por sentirem que as equipes pensam a proposta como uma imposição da gestão. Neste contexto, os profissionais de saúde mental têm dificuldades em reconhecer seus próprios limites

e em compartilhar saberes e responsabilidades no cuidado aos pacientes.
(Dimenstein, 2009)

Há também a importância de um treinamento da equipe multiprofissional de referência que vai absorver essa demanda em saúde mental. Os pacientes em questão possuem o paradigma de serem de difícil manejo e o próprio contato com o sofrimento poderia gerar angústia nos trabalhadores. Como manobra para resolver tal questão foi discutida, além de uma capacitação específica, a inserção de um psicólogo nas equipes de apoiadores matriciais (Ferreira, 2008). Esse pacto serviria para desmistificar alguns entendimentos a respeito da loucura, desfazendo preconceitos que poderiam resultar na segregação das pessoas em sofrimento psíquico no próprio espaço de atendimento à saúde.

Portanto, o Apoio rejeita a ideia de encaminhamentos e fortalece a construção de projetos terapêuticos singulares para cada sujeito, levando em consideração suas necessidades, de modo que a responsabilidade para sua concretização seja compartilhada com todos os atores sociais. Isso ultrapassa barreiras, já que toma a saúde em seu conceito ampliado, envolvendo as condições gerais de vida (lazer, educação, saneamento básico, alimentação etc.), como determinantes.

Há ainda a necessidade de se ofertar outros e novos equipamentos, bem como aperfeiçoar a implantação de CAPSIII, de centros de convivência e cultura, de leitos em hospitais gerais, de serviços ambulatoriais de saúde mental e de equipes da ESF na atenção a estas pessoas e familiares, para que se possa ter um cuidado integral e de qualidade. (MIELKE, 2010).

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 Diagnóstico situacional

Inicialmente será realizada uma reunião com os participantes do projeto, ou seja, representantes da gestão municipal, da ESF e saúde mental em que será explicado o conceito de matriciamento. Esse primeiro momento deve ser coordenado por um profissional convidado com experiência e que posteriormente servirá como referência para acompanhamento da evolução do projeto.

Cada ESF deve ser vinculada à equipe de saúde mental mais próxima de seu território, se possível, o que facilitaria reuniões e intervenções. Além disso, cada grupo deve nomear um representante para facilitar a comunicação e repassar dúvidas e resultados aos profissionais de matriciamento. Nessa primeira etapa com reuniões a cada 15 dias completando 4 encontros foi feito os diagnósticos situacionais (obesidade, má adesão as doenças crônicas e precariedade do matriciamento em saúde mental) e definida a frequência de 1 encontros a cada 30 dias e o local na própria unidade de saúde.

O diagnóstico situacional foi estabelecido com base nos dados disponibilizados pelo DAB saúde, SIAB, Prefeitura municipal de Uberaba, dados dos próprios agentes comunitários de saúde e da sua área de atuação e dados médicos do convívio diário com os pacientes.

Foi identificada a má adesão ao tratamento de doença crônica como um dos problemas de saúde na área de abrangência do Costa Telles II, problema final já que é causado pela má informação, baixo nível cultural dos usuários, falta de hábitos saudáveis, pouco poder aquisitivo da população, entre outros.

Chegaram a essa conclusão porque segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), adesão ao tratamento é a medida com que o comportamento de uma pessoa de tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional de saúde. Observamos ainda, com frequência, a dificuldade que o paciente tem para sair do sedentarismo, seguir uma dieta saudável e fazer uso regular das medicações, conforme as nossas orientações e prescrição.

Gusmão e Mion Jr. (2006), por sua vez, nos mostram alguns dados interessantes a respeito de adesão ao tratamento. Em estudo para avaliar as razões de não adesão citadas pelos pacientes, encontraram: 30% não tomavam a medicação por esquecimento 16% referiram outras prioridades 11% optaram por tomar dose menor do que a prescrita 9% alegaram falta de informações 7% fatores emocionais 27% não souberam dar uma razão para a baixa adesão.

A falta de matriciamento na saúde mental também foi um problema identificado cuja causa seria a falta de investimento na saúde, escassez de integração entre o médico da família e o psiquiatra, escassez de educação continuada abordando o tema. Fizemos esse diagnóstico a partir da elevada prevalência de pacientes psiquiátricos na nossa área e de queixas comuns como a dificuldade para marcar consulta ou retorno com o psiquiatra. A fim de tentar reduzir os encaminhamentos desnecessários vimos como solução possível e viável o matriciamento.

A obesidade é relevante e também foi eleita como um dos diagnósticos de saúde. Tais problemas são considerados intermediários, por serem capazes de gerar vários outros problemas, sendo impossível individualizá-los.

Recentemente, o Ministério da Saúde divulgou um pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso.

Segundo o estudo, 42,7% da população estava acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), e os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. (NÚMEROS... 2014)

Em nossa unidade não foi muito diferente, constatamos no nosso acolhimento que 46,4 % dos paciente acolhidos apresentavam Índice de Massa corporal (IMC) maior que 25. É necessária a quantificação do problema, para afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar; para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano. Para tanto é necessário explicá-lo, entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe do Costa Telles 2 utilizou alguns dados fornecidos pela própria equipe. Sendo importante ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Quadro 2 - Descritores do problema de saúde mental

Descritor	Valor (número)	Fonte
Depressão	300 pessoas	Registro da equipe
Ansiedade	80 pessoas	Registro da equipe
Esquizofrenia	27 pessoas	Registro da equipe
Transtorno bipolar	15 pessoas	Registro da equipe

5.2. Priorização do problema

A priorização dos problemas foi classificada levando em consideração a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Essa classificação se baseia na Elaboração de um plano de ação proposto no texto “Planejamento e avaliação em saúde” (Campos et al,2010).

Foi atribuído valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto; numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção. (Campos et al,2010).

A classificação da importância, urgência e capacidade de enfrentamento foi definida pela própria equipe tendo em vista o grau de impacto social e na vida do doente, bem como a morbidade quando exposto a logo período de suscetibilidade.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do Costa Telles 2. 2015

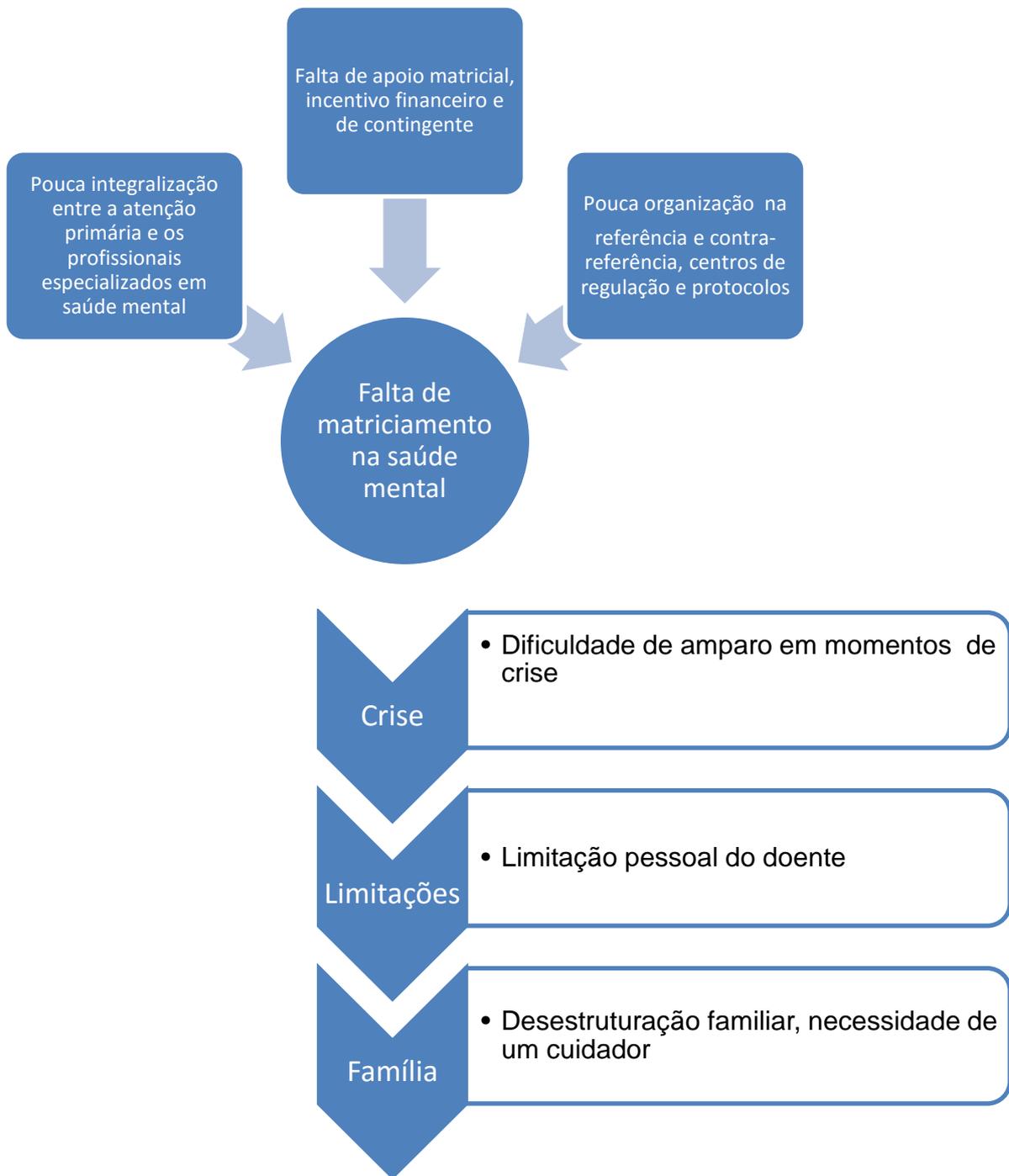
Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de matriciamento na saúde mental	alta	7	parcial	1
Má adesão ao	alta	6	parcial	2

Tratamento de doenças crônicas				
Obesidade	alta	5	parcial	3
Baixo consumo de água filtrada	alta	4	parcial	4
Desemprego	alta	4	fora	5

A partir da análise do quadro 1 observamos que a falta de matriciamento na saúde mental teve prioridade 1.

5.3. Explicação do problema

Corresponde ao processo em cadeia, um problema tem origem em outro problema, que no nosso caso foram identificados no organograma abaixo.



5.4. Seleção dos nós críticos

São as causas dos problemas que quando enfrentados são capazes de impactar o problema principal e transformá-lo. Situações relacionadas com o

problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Identificamos alguns:

- A falta de conhecimento sobre matriciamento;
- Ausência de encontros periódicos para discussão de casos;
- Desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial;
- Dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância;
- Pouco manejo na educação permanente em saúde mental; pouca abordagem familiar e ambiental, não voltada apenas para o indivíduo.

5.5. Desenho das ações e os recursos críticos

Significa escrever as providências para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada providência definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

O desenho das ações visa descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações e por fim identificar os recursos disponíveis econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referentes à estrutura física, recursos

humanos, equipamentos, etc.); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder (também denominados recursos políticos).

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

A fim de enfrentar a falta de conhecimento sobre matriciamento, elaboramos um projeto para diminuir esse déficit, para isso seria necessário um profissional capacitado em matriciamento para ministrar aulas sobre o assunto, em um processo de conscientização da relevância do matriciamento no nosso dia-a-dia. Surgindo então a necessidade de mais profissionais, seja para palestrar sobre o assunto, seja de psiquiatras, o recurso crítico seria o conhecimento em matriciamento. Todo esse processo estaria englobado no Programa de saúde mental nos ESF.

A ausência de encontros periódicos entre médico do ESF e psiquiatra para discussão de casos é outro nó crítico e indispensável para o matriciamento. O projeto é de aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental, com o incentivo do Programa de aprimoramento dos conhecimentos em saúde mental. Os recursos necessários são Organizacionais (local para encontro e recursos humanos), Cognitivo (discussão de casos) e Político (horizontalização). O recurso crítico é o político.

Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 39)

No contexto do Programa de aprimoramento dos conhecimentos em saúde mental seriam necessários recursos organizacionais (local para encontro, recursos humanos); Cognitivos (discussão de casos) e político (horizontalização).

Quanto ao nó crítico “Desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial” temos o projeto de organizar o tratamento contínuo. O Programa de reestruturação de arquivos pretende aderir ao prontuário eletrônico facilitando que médicos de diferentes locais tenham acesso as comorbidades e tratamentos facilitando a comunicação entre as diversas áreas. A viabilidade depende de recursos organizacional (recurso crítico) como recursos humanos destinado à organização de registro e central de regulação para organizar o fluxo, além do recurso financeiro para a aquisição de prontuário eletrônico.

O pouco manejo na educação permanente em saúde mental também é uma causa da escassez de matriciamento e o nosso projeto visa aumentar a familiaridade da comunidade com a saúde mental. Para tanto faz-se necessário garantir recurso organizacional local para educação permanente; recurso cognitivo com mais estudo e financeiro para investimento em panfletos. O recurso crítico é cognitivo.

O profissional matriciador deve ter a preocupação de trocar conhecimentos com os profissionais matriciados e ambos são fonte de educação para a população, em especial no que se refere a questões sobre saúde e transtorno mental. O estigma que há entre os usuários dos serviços e a população em geral também deve ser alvo de educação e esclarecimento. Tal conduta visa ampliar a socialização da a socialização da pessoa com problemas mentais, potencializar o acesso aos serviços de saúde ao aumentar a adesão ao tratamento. (CHIAVERINI et al., 2011, p.61)

Por fim a dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância estão inseridas no projeto que objetiva aumentar integração da equipe da saúde mental com médico da família.

A Consulta conjunta é uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde, que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a

família deste. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico (MELLO FILHO, 2005).

Quando o profissional matriciador é acessível por telefone ou outra tecnologia a distância, o médico do ESF pode entrar em contato e ser orientado sobre ajuste de dose ou outras intervenções e, por vezes, não será necessária uma intervenção na urgência psiquiátrica como de costume. Eles, mantem o seguimento na própria unidade de saúde da família, com o apoio do matriciamento.

Os recursos necessários para viabilizar esse projeto são organizacionais (orientação de fluxos) e político (mais integralização), sendo esse recurso crítico.

Quadro 3-Desenho de operações para os “nós” críticos do problema e os recursos críticos

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessário	Recursos críticos
Mais conhecimento A falta de conhecimento sobre matriciamento	Aumentar o índice de conhecimento em matriciamento.	Aumentar em 30% o amparo ao paciente de saúde mental	Programa saúde mental nos ESF	Organizacional: contingente para divulgação Cognitivo: + conhecimento no matriciamento Político: mais projetos	Cognitivo: > conhecimento no matriciamento
Mais discussão Ausência de encontros periódicos para discussão de casos	Aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental	80% dos pacientes compensados	Programa de aprimoramento dos conhecimentos em saúde mental	Organizacional: local para encontro e recursos humanos Cognitivo: discussão de casos Político: horizontalização	Político > horizontalização
+ Organização Desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial;	Organizar o tratamento contínuo	Contemplar 90% dos pacientes	Programa de reestruturação de arquivos	Organizacional: recursos humanos destinado à organização de registro e organização de fluxo Financeiro: aquisição de prontuário	Organizacional >recursos humanos destinado à organização de registro e organização de fluxo

				eletrônico	
Mais aperfeiçoamento Pouco manejo na educação permanente em saúde mental	Aumentar a familiaridade da comunidade com a saúde mental	Diminuir os estigmas com os transtornos mentais	Programa saúde mental no ESF	Organizacional: local para educação permanente Cognitivo: mais estudo Financeiro: investimento em panfletos	Cognitivo> estudo
+Trabalho em grupo Dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância	Aumentar integração da equipe da saúde mental com médico da família	Aumentar a eficácia do tratamento, evitar encaminhamentos desnecessários	Programa saúde mental no ESF	Organizacional: de fluxos Político: mais integralização	Político: mais integralização

5.6. Análise da viabilidade de um plano

Identifica-se três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A motivação pode ser favorável quando o ator coloca-o à disposição, transferindo o controle do recurso para o ator que está planejando. A motivação indiferente pressupõe que o apoio do ator não está garantido, também não se sabe se fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano. A motivação contrária caracteriza-se por uma oposição à utilização do recurso, pode considerá-la uma oposição ativa ao plano. (Campos et al.,2010).

Quando se refere ao nó crítico mais conhecimento o Controle do recurso crítico são da Secretaria de saúde, Secretaria da educação e o prefeito que exercem um controle favorável, para convencê-los da necessidade seria necessário a criação do projeto de estruturação da rede. Já o nó crítico mais discussão é controlado pela Secretaria da saúde, planejamento, Fundo nacional de saúde, que têm motivação favorável. O objeto para incentivar a empreitada também é o projeto de estruturação da rede.

O nó crítico mais organização é controlado pela Secretaria da saúde que se apresenta desfavorável. Essa questão também deveria integrar o projeto de estruturação de rede, a fim de convencer o ator que controla. O nó crítico mais aperfeiçoamento é controlado por ação social e Fundo nacional de saúde, que se manifestam favoráveis ao projeto. Tal empreitada compartilha das mesmas ações estratégicas dos demais já citados.

O nó crítico mais trabalho em grupo é controlado pelo Secretário da saúde que se manifesta favorável ao projeto. A ação estratégica é a mesma dos demais

nós críticos o projeto de estruturação da rede, que visa aprimorar o matriciamento em saúde.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Nó crítico	Recursos Críticos	Controle recurso crítico/ ator que controla	Controle dos recursos críticos/ motivação	Ações estratégicas
Mais conhecimento	Organizacional >contigente para divulgação Cognitivo: + conhecimento no matriciamento Político >projetos Cognitivo: > conhecimento no matriciamento	Secretaria de saúde, Secretaria da educação Prefeito	favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Mais discussão	Organizacional: local para encontro e recursos	Secretaria da saúde, planejamento, fundo	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

	humanos	nacional de saúde		
Mais organização	Financeiro: >aquisição de prontuários eletrônicos	Secretaria da saúde	Contraria	Apresentar projeto de estruturação da rede
Mais aperfeiçoamento	Cognitivo: mais estudo Financeiro: investimento em panfletos	Ação social, Fundo nacional de saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Mais trabalho em grupo	Político: mais integralização	Secretário da saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

5.7. Elaboração do plano operativo

Onde se deve designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento de todas as ações, e não o responsável por executá-las, garantindo coerência e sincronicidade, prestando contas do andamento do projeto. Importante: a responsabilidade por uma operação só pode ser definida para pessoas que participam do grupo que está planejando.

A enfermeira ficará responsável pela operação de aumentar o conhecimento em matriciamento e já ficou estabelecido que a equipe terá um mês para familiarizar-se com o tema. No intuito de aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental, a ACS 1 terá a incumbência de garantir essa aproximação e é a responsável por agendar um encontro mensal.

A organização do tratamento contínuo será viabilizado pela ACS 1 que terá que garantir a organização de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial, esse processo deve ser organizado em até 3 meses.

A enfermeira estará encarregada de avaliar o andamento do projeto a fim de aumentar a familiaridade da comunidade com a saúde mental. Para tanto as atividades de educação continuada deverão estar estruturada em 3 meses. O aumento da integração da equipe da saúde mental com médico da família será possível mediante a supervisão da ACS 2 que irá agenda-las pelo menos uma vez ao mês.

Quadro 6 - Plano Operativo

Operações	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazos
Aumentar o índice de matriciamento em saúde mental	Aumentar em 30% o amparo ao paciente de saúde mental	Programa saúde mental nos ESF	Apresentar projeto de estruturação da rede	Michelle Caroline (enfermeira)	Em 1 mês todas as equipe deverão ter o conhecimento em matriciamento
Aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental	80% dos pacientes compensados	Programa de aprimoramento dos conhecimentos em saúde mental	Apresentar projeto de estruturação da rede	Bruna Tahan (agente comunitária 1)	Agendar 1 ao mês
Organizar o tratamento contínuo	Contemplar 90% dos pacientes	Programa de reestruturação de arquivos	Apresentar projeto de estruturação da rede	Bruna Tahan (agente comunitária 1)	Organizar o processo em até 3 meses
Aumentar a familiaridade da comunidade com a saúde mental	Diminuir em 90% os encaminhamentos desnecessários	Programa saúde mental no ESF	Apresentar projeto de estruturação da rede	Michelle Caroline (enfermeira)	3 meses de preparação para coloca-lo em prática
Aumentar integração da equipe da saúde mental com médico da família	Diminuir em 90% os encaminhamentos desnecessários	Programa saúde mental no ESF	Apresentar projeto de estruturação da rede	Aniela Silveira (agente comunitária 2)	Agendar consultas conjuntas em no máximo 1 mês

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Para vencer a falta de conhecimento sobre o matriciamento deve-se ampliar o conhecimento em matriciamento através de reuniões semanais, convocação de contingente para disseminar o conhecimento. Em um mês de projeto o matriciamento deverá ser instalado, com fiscalização diária pelo gerente da unidade.

A superação da falta de encontros periódicos entre psiquiatra e medico do ESF para a discussão de casos será possível com encontros mensais para discussão de casos novos, apresentação da evolução dos casos antigos e atualização permanente. Pelo menos 1 encontro mensal que contará com a presença da equipe do ESF e equipe de saúde mental. Apresentação de relatórios mensais à SMS que serão avaliados.

A desorganização dos arquivos deve ser enfrentada com a criação de prontuários eletrônicos que objetivam um maior acesso à evolução, tratamento e consultas do paciente. Instalação de uma central que controla diariamente o bom desempenho do programa.

A Educação permanente integrando as famílias as equipe da saúde mental, proporcionando maior conhecimento em saúde mental, facilitando o convívio dos familiares com os doentes. A evolução desse processo deve ser administrado pela gerente da unidade semanalmente.

A fim de aumentar a integração do psiquiatra com o PSF ocorrerá agendamentos de consulta conjunta da saúde mental com ESF semanal. Monitoramento pela gerente da unidade, informando a secretaria de saúde caso haja irregularidades.

7. Quadros de propostas de intervenção

O quadros 7 a 11 são um consolidado de todo o planejamento estratégico situacional.

Quadro 7– Operações sobre o “nó crítico a falta de conhecimento sobre matriciamento” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa Maria Frange, em Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico	A falta de conhecimento sobre matriciamento
Operação/ projeto	Aumentar o índice de matriciamento em saúde mental
Resultados esperado	Aumentar em 30% o amparo ao paciente de saúde mental
Produtos esperados	Programa saúde mental nos ESF
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do ESF, equipe da saúde mental, prefeitura de uberaba e secretaria da saúde.
Recursos necessários	Organizacional: contigente para divulgação Cognitivo: + conhecimento no matriciamento Político: mais projetos
Recursos críticos	Cognitivo: > conhecimento no matriciamento
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: Cognitivo: > conhecimento no matriciamento
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da

	rede
Responsáveis	Michelle Caroline
Cronograma/ Prazo	Em 1 mês todas as equipe deverão ter o conhecimento em matriciamento
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ampliar o conhecimento em matriciamento através de reuniões semanais, convocação de contingente para disseminar o conhecimento. Em um mês de projeto o matriciamento deverá ser instalado, fiscalização diária pelo gerente da unidade.

Quadro 8– Operações sobre o “nó crítico ausência de encontros periódicos para discussão de casos” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa Maria Frange, em Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico	Ausência de encontros periódicos para discussão de casos
Operação/ projeto	Aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental
Resultados esperado	Aumentar os encontros entre a equipe do ESF e a equipe de saúde mental
Produtos esperados	Programa de aprimoramento dos conhecimentos em saúde mental
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do ESF, equipe da saúde mental, prefeitura de uberaba e secretaria da

	saúde.
Recursos necessários	Organizacional: local para encontro e recursos humanos Cognitivo: discussão de casos Político: horizontalização
Recursos críticos	Organizacional: local para encontro e recursos humanos
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: : Secretaria da saúde, planejamento, fundo nacional de saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede
Responsáveis	Bruna Tahan
Cronograma/ Prazo	Agendar 1 ao mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Encontros mensais para discussão de casos novos, apresentação da evolução dos casos antigos e atualização permanente. Pelo menos 1 encontro mensal que contará com a presença da equipe do ESF e equipe de saúde mental. Apresentação de relatórios mensais à SMS que serão avaliados.

Quadro 9- Operações sobre o “nó crítico desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial;” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa Maria Frange, em Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico	Desorganização ou falta de registro e acompanhamento dos usuários disponível para a equipe de referência e de apoio matricial;
Operação/ projeto	Organizar o tratamento contínuo
Resultados esperado	80% dos pacientes compensados
Produtos esperados	Programa de reestruturação de arquivos
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do ESF, equipe da saúde mental, prefeitura de uberaba e secretaria da saúde.
Recursos necessários	Organizacional: recursos humanos destinado à organização de registro e organização de fluxo Financeiro: aquisição de prontuário eletrônico
Recursos críticos	Organizacional >recursos humanos destinado à organização de registro e organização de fluxo
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: Secretaria da saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede

Responsáveis	Bruna Tahan
Cronograma/ Prazo	Organizar o processo em até 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Criação de prontuários eletrônicos que objetivam um maior acesso à evolução, tratamento e consultas do paciente. Instalação de uma central que controla o bom desempenho do programa.

Quadro 10– Operações sobre o “nó crítico pouco manejo na educação permanente em saúde mental” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa Maria Frange, em Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico	Pouco manejo na educação permanente em saúde mental
Operação/ Projeto	Aumentar a familiaridade da comunidade com a saúde mental
Resultados esperado	Diminuir em 90% os encaminhamentos desnecessários
Produtos esperados	Programa saúde mental no ESF
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do ESF, equipe da saúde mental, prefeitura de uberaba e secretaria da saúde.
Recursos necessários	Organizacional: local para educação permanente

	Cognitivo: mais estudo Financeiro: investimento em panfletos
Recursos críticos	Cognitivo: mais estudo Financeiro: investimento em panfletos
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: Secretário da saúde
Ação estratégica de motivação	Ação social, Fundo nacional de saúde
Responsáveis	Michelle Caroline
Cronograma/ Prazo	3 meses de preparação para coloca-lo em prática
Gestão, acompanhamento e avaliação	Educação permanente integrando as família às equipe da saúde mental, proporcionando maior conhecimento em saúde mental, facilitando o convívio dos familiares com os doentes. A evolução desse processo deve ser administrado pela gerente da unidade semanalmente.

Quadro 11– Operações sobre o “nó crítico Dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa Maria Frange, em Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico	Dificuldade ou impossibilidade de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental
-------------------	--

	na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância
Operação/	Aumentar integração da equipe da saúde mental com médico da família
Resultados esperado	Aumentar a eficácia do tratamento
Produtos esperados	Programa saúde mental no ESF
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do ESF, equipe da saúde mental, prefeitura de uberaba e secretaria da saúde.
Recursos necessários	Organizacional: de fluxos Político: mais integralização
Recursos críticos	Político: mais integralização
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: Secretario da Saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede
Responsáveis	Aniela Silveira
Cronograma/ Prazo	Agendar consultas conjuntas em no máximo 1 mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Agendamento de consulta conjunta da saúde mental com ESF semanal. Monitoramento pela gerente da unidade, informando a secretaria de saúde caso

	haja irregularidade.
--	----------------------

8-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito do matriciamento é compartilhar os cuidados psicossociais em pessoas que apresentam sofrimento psíquico com outros profissionais não especialistas em saúde mental, em especial com aqueles vinculados às Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família.

O Sistema Único de Saúde tem em seus princípios doutrinários a integralidade, que compreende, entre vários sentidos, uma abordagem que supere a tradição biomédica e voltada à doença física, além da fragmentação, tão comum em centros multiprofissionais.

A proposta visa aumentar o conhecimento sobre matriciamento; estabelecer encontros periódicos entre o médico da família e o matriciador para discussão de casos; organizar ou confeccionar registro para acompanhamento dos usuários e torna-los acessíveis à equipe de referência e de apoio matricial; garantir a educação permanente; ampliar as interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas de saúde mental na atenção primária e uso de telefone e de outras tecnologias para contato à distância.

Tal proposta mudaria o contexto da saúde mental em Uberaba, ampliando o conhecimento sobre matriciamento, aproximando o médico da família e o psiquiatra com discussões, visitas conjuntas ou contato telefônico, organizaria o prontuário de forma a tornar-se acessível a outros médicos. Além disso reduziria as filas de espera para consultar com o psiquiatra, evitaria encaminhamentos desnecessários ao especialista, possibilita a identificação precoce do adoecimento do cuidador, diminuía o risco de iatrogenia, melhores índices de resolutividade e satisfação profissional e pessoal especialmente ao médico do ESF.

9. REFERÊNCIAS

1. Portal do Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Sistemas da atenção básica [acesso em 26 abril 2015]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
2. Príncipe M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. Sem saúde sem saúde mental: um slogan com a substância. *Lancet*. 2007; 370(9590): 859-77.
3. Delfini PSS *et al.* Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciências e saúde coletiva*. 2009; 14; 1483-92.
4. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados [Internet]. Brasília: Informativo eletrônico; 2012 mar [acesso em 2015 abril 26]. Disponível em: <http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>.
5. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45(6): 1501-6.
6. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004 [acesso em 2015 maio 02]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf.
7. Iglesias A, Avellar LZ. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 sept; 19 (9).
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien saude colet*. 1999; 4(2): 393-403.
9. FONSECA SOBRINHO, D. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher,

- diabetes/hipertensão e saúde mental, v. 38, n. ESPECIAL, p. 83-93, OUT 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0083.pdf>. acesso em 22 de outubro
- 10- Portal Brasil. [homepage na internet]. Saúde. [acesso em 2015 outubro 22] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>
11. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde soc.* 2009; 18(1): 63-74.
12. Ferreira Neto JL. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde debate.* 2008; 32(78): 18-26.
13. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *SMAD Rev eletrônica saúde mental álcool drogas.* 2010; 63(6): 900-7.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, 2011.
15. MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.
16. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 22 de outubro
17. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 de outubro

18. CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:**

textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:27 de abril

19. PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção.**

local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA.

Brasília, [online], 2013. Disponível em:

<http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em:27 de abril

20. ROSA, L.C.S; CAMPOS, R.T.O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. v 114, p.7-17, jun 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200006&script=sci_arttext.

Acesso em 2015 out. 27.

21- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Serviço de informação da Atenção Básica [acesso em 2015 out. 27]. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

22- Prefeitura de Uberaba [homepage na internet]. Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,414>, acesso em 2015 abril 26.