

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a recursividade do cuidado no território: equipe de estratégia de saúde da família do município de Guaratuba/PR

Psychosocial Care Network (RAPS) and the recursion of care in the territory: family health strategy team of the municipality of Guaratuba/PR

Red de Atención Psicosocial (RAPS) y la recurrencia de la atención en el territorio: equipo de estrategia de salud de la familia del municipio de Guaratuba/PR

Recebido: 28/09/2022 | Revisado: 14/10/2022 | Aceitado: 15/10/2022 | Publicado: 20/10/2022

Zelayde Figueiredo Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3641-7532>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: corpoelemente01@gmail.com

Clóvis Wanzinack

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-763X>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: wanzinack@gmail.com

Resumo

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede de saúde temática, que envolve o cuidado, visando assegurar às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, o acesso a um atendimento integral, contínuo e vinculação à rede. A pesquisa tem por objetivo investigar como as ações de serviços de base territorial e comunitária voltada para saúde mental, com a participação da RAPS, mais especificamente das equipes de estratégia de saúde da família, estão acontecendo no município de Guaratuba/PR. Elaborou-se um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, onde os dados qualitativos coletados por meio de entrevistas semiestruturada com médicos (as) e enfermeiros (as) das sete (07) Unidades Básicas de Saúde do município de Guaratuba, sendo realizadas dezoito (18) entrevistas individuais e cinco (05) grupos focais com Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os dados coletados foram inseridos no software N-VIVO que subsidiou a codificação e análise das categorias. Todas as informações foram compiladas e analisadas perante a literatura de Desenvolvimento Territorial Sustentável e a legislação na área de Políticas Públicas de Saúde Mental. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR/SCS em dezembro de 2020, CAAE 39730220.9.0000.0102, sendo o número do parecer 4.465.459.

Palavras-chave: Saúde mental; Estratégia saúde da família; Serviços de saúde mental; Atenção primária em saúde.

Abstract

The Psychosocial Care Network (RAPS) is a thematic health network, which involves care, aiming to ensure that people with mental suffering and with needs arising from drug use have access to comprehensive, continuous care and linkage to the network. The research aims to investigate how the actions of territorial and community-based services focused on mental health, with the participation of the RAPS, more specifically of the family health strategy teams, are happening in the municipality of Guaratuba/PR. A descriptive, exploratory study with a qualitative approach was elaborated, where the qualitative data collected through semi-structured interviews with doctors and nurses from the seven (07) Basic Health Units in the city of Guaratuba, with eighteen (18) individual interviews and five (05) focus groups with Community Health Agents (CHA). The collected data were entered into the N-VIVO software, which supported the coding and analysis of the categories. All information was compiled and analyzed using the literature on Sustainable Territorial Development and legislation in the area of Public Mental Health Policies. This research was approved by the Research Ethics Committee of UFPR/SCS in December 2020, CAAE 39730220.9.0000.0102, with opinion number 4,465,459.

Keywords: Mental health; Family health strategy; Mental health services; Primary health care.

Resumen

La Red de Atención Psicosocial (RAPS) es una red temática de salud, que implica atención, con el objetivo de garantizar que las personas con sufrimiento psíquico y con necesidades derivadas del consumo de drogas tengan acceso a una atención integral, continua y vinculación a la red. La investigación tiene como objetivo investigar cómo las acciones de los servicios territoriales y comunitarios enfocados en la salud mental, con la participación de la RAPS, más específicamente de los equipos de estrategia de salud de la familia, están ocurriendo en el municipio de Guaratuba/PR. Se elaboró un estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo, donde los datos cualitativos recolectados a

través de entrevistas semiestruturadas com médicos y enfermeras de las siete (07) Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Guaratuba, con dieciocho (18) entrevistas individuales y cinco (05) grupos focales con Agentes Comunitarios de Salud (CHA). Los datos recolectados fueron ingresados en el software N-VIVO, que apoyó la codificación y análisis de las categorías. Toda la información fue recopilada y analizada utilizando la literatura sobre Desarrollo Territorial Sostenible y la legislación en el área de Políticas Públicas de Salud Mental. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la UFPR/SCS en diciembre de 2020, CAAE 39730220.9.0000.0102, con dictamen número 4.465.459.

Palabras clave: Salud mental; Estrategia de salud de la familia; Servicios de salud mental; Primeros auxilios.

1. Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca em prática uma política de caráter descentralizadora, que conjugada à gratuidade e universalidade, o torna o maior sistema público de saúde do mundo. Transcorridos 30 anos do processo de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, estabeleceu como eixo estruturante do sistema de saúde, a Atenção Básica em Saúde. Para sua operacionalização, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como desenho organizacional prioritário para o fortalecimento da Atenção, a fim de contribuir na viabilização e concretização dos princípios do SUS. A ESF atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional, realizando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e tem se tornado a estratégia prioritária na consolidação da assistência básica brasileira (Velooso et al, 2013).

A atenção básica vinculada com a saúde mental, deve acontecer o mais precocemente possível, pois são as equipes (ESF) que conhecem a realidade local e constituem a porta de entrada para o sistema de saúde. Sendo assim, espera-se a resolutividade de um grande número de problemas, em saúde mental ou em outras áreas. Além disso, por sua proximidade com famílias e comunidades podem realizar ações de promoção à saúde mental e ser um recurso para a ressocialização dos portadores de transtornos mentais.

A partir das reformas sociais formuladas no processo de redemocratização do Brasil entre os anos 1980 e 1990 são definidas políticas sociais de saúde como parte da constituição da cidadania social, com a reorganização da atenção básica a partir dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuam no acompanhamento, prevenção de doenças e orientação de crianças, adolescentes, idosos, grávidas e lactantes. O programa serviu como base para o lançamento, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), como parte de uma estratégia de reestruturação do modelo assistencial do SUS, visando o aprofundamento da municipalização e o fortalecimento da chamada atenção primária, ou seja, a prevenção de doenças e o atendimento aos casos de menor complexidade. O PSF traz inúmeras inovações e desafios. Por meio dele, equipes multidisciplinares, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, passam a trabalhar em Unidades de Saúde da Família, nas casas dos pacientes e nas comunidades, e se concentram na integração da assistência médica com ações preventivas e de promoção da saúde, sendo um primeiro contato do paciente com o sistema de saúde local (Brasil, 2010).

Tais estratégias visam à reorientação do modelo tradicional, centrado na rede ambulatorial hospitalar e com ênfase na cura das doenças já estabelecidas, para uma forma de assistência na qual seja privilegiada a integralidade do atendimento. A proposta é romper com a lógica medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e pouco resolutiva que reinava e ainda hoje se faz amplamente presente no trabalho de saúde desenvolvido no país (Dimenstein, 2004).

Passados doze anos da apresentação do projeto de lei, pelo então deputado Paulo Delgado, em 6 de abril de 2001 é sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como “lei da reforma psiquiátrica” ou “lei antimanicomial”. Baseada em um modelo assistencial, a legislação visa reforçar os direitos de pessoas com transtornos mentais. Entre outros aspectos, busca a desinstitucionalização da atenção, que passa a ser feita através de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residências Terapêuticas (SRT). A lei também estimula a participação familiar no tratamento,

regula internações involuntárias, voluntárias e compulsórias, e propõe a exigência de assistência integral ao usuário (Brasil, 2001).

Em 30 de dezembro, através da Portaria nº 4.279/2010, são instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS foram formuladas com o intuito de superar a fragmentação existente na assistência, bem como o modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.

A partir de 2011, com a regulamentação da Portaria nº 3.088, é instituída a RAPS, que surge como um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades.

Neste sentido, busca-se discutir os modos de articulação da RAPS, nas perspectivas dos trabalhadores das equipes de estratégia de saúde da família, considerando a recursividade que se estabelece entre estes e as características do cuidado continuado em território, tendo como cenários as unidades básicas de saúde do município de Guaratuba. Desta forma, compreender como os profissionais da ESF, entendem o que seja a rede de atenção à saúde mental poderá apontar caminhos necessários para uma efetiva mudança do paradigma psiquiátrico, a fim de superar o modelo asilar. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as concepções dos profissionais das equipes de ESF acerca da Rede de Atenção Psicossocial do município.

2. Metodologia

A pesquisa em questão na rede de atenção psicossocial do município de Guaratuba, é de caráter descritivo, analítico, de abordagem qualitativa. O método qualitativo, que, para Minayo (2008), responde a questões muito particulares por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, em um nível de realidade que não é visível, precisa ser exposta e interpretada, primeiramente, pelo próprio pesquisador.

Diante dessa rede de cuidados que compõem a RAPS, a atenção básica foi selecionada como objeto de pesquisa, visando o cuidado no território, através das equipes ESF. A presente pesquisa foi realizada nas sete (07) Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Guaratuba/PR, sendo seis (06) UBS na área urbana e uma (01) UBS na área rural.

Como instrumentos para a coleta de pesquisa foram utilizadas: dezoito (18) entrevistas semiestruturada por pautas - junto aos profissionais de saúde, sendo nove (9) médicos (as) e nove (9) enfermeiros (as) e observação sistemática e discussão em grupo focal junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

A entrevista, segundo Minayo (2008), é uma forma privilegiada de obter informações, já que o seu processo de interação social está sujeito a mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Nesta proposta a entrevista foi semi diretiva onde o entrevistado era provocado a falar através de algumas questões pré-estabelecidas, mas também tem a liberdade de acrescentar informações que entender relevante.

Na atividade de grupo focal, foram realizados seis (06) grupos, onde participaram vinte e três (23) ACS. A proposta foi de que através de perguntas disparadoras sobre o papel deste profissional da atenção primária nas intervenções da saúde mental, possa desenrolar um debate capaz de explicitar o pensamento destes profissionais em relação ao usuário, a forma de atendê-lo e encaminhá-lo dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

Conforme Morgan (1997) a técnica de grupo focal para coleta de dados acontece por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Esta técnica representa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade e é relevante enquanto fonte de compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos.

A fim de assegurar a confidencialidade dos participantes da pesquisa, foram utilizados números de 1 a 18 para identificar os profissionais da saúde (médicos (as) e enfermeiros (as)) e nos grupos focais com os ACS foram utilizados: grupo 1 (nomes de cidades), grupo 2 (nomes de carros), grupo 3 (nomes de estados), grupo 4 (nomes de frutas), grupo 5 (cores), grupo 6 (nomes de país). Vale ressaltar ainda que, toda vez que o entrevistado citou nome de algum profissional específico, ou outra pessoa, o nome foi substituído por “fulana(o)”, “ciclana(o)” e/ou “beltrana(o)”.

Os dados qualitativos, coletados por meio de entrevistas e grupos focais, após serem gravados e transcritos, foram inseridos no software N-VIVO que subsidiou a codificação e análise das categorias. O N-VIVO tem como objetivo ajudar a organizar e analisar os dados não numéricos ou não estruturados, permitindo classificar e organizar as informações. Dessa codificação e análise foram geradas nuvens de palavras, que estão expostas nas discussões dos resultados.

Todas as informações foram compiladas e analisadas perante a literatura de Desenvolvimento Territorial Sustentável e a legislação na área de Políticas Públicas de Saúde Mental.

Vale ressaltar ainda que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR/SCS em dezembro de 2020, sendo que se encontra aprovado desde dezembro do mesmo ano. Perante registro, aponta-se o CAAE 39730220.9.0000.0102, sendo o número do parecer 4.465.459.

3. Resultados e Discussão

A análise de todo material coletado, referente às entrevistas com os profissionais de saúde e os grupos focais com os ACS, trouxe um vasto universo de dados e conhecimento que serão interpretados ao longo de três tópicos: A práxis da saúde mental no contexto da atenção primária, o apoio matricial em saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial do município na perspectiva dos profissionais da ESF. Os resultados apresentados visam caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de se analisar as práticas em saúde mental das equipes de saúde da Família de Guaratuba.

Antes de adentrarmos na análise das questões problematizadora é importante ressaltar que a pesquisa foi realizada durante um período pandêmico em que o mundo está vivenciando com a COVID-19. As entrevistas foram realizadas durante o período de maio e junho de 2021, ou seja, há pouco mais de um ano do início da pandemia.

A pandemia de COVID-19 está sendo um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisou se reorganizar, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento. A elevada contagiosidade do SARS-CoV-2, levou os serviços de saúde a adotarem medidas de precaução e proteção, e assim não expor a população e os profissionais a risco de infecção pelo vírus, o que agravaria ainda mais a situação.

Nesse sentido, os atendimentos presenciais na atenção primária e em alguns serviços especializados, como o CAPS e ambulatório do município, foram suspensos, quase na sua totalidade. Segundo Teixeira et al. (2020), é recomendado que a interação das equipes com os usuários e a comunidade, seja mediante ferramentas digitais como WhatsApp e telefone, para a realização de teleconsulta, garantindo a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento. Porém, essa não foi a realidade encontrada na pesquisa de campo, onde a maioria dos atendimentos eletivos e de prevenção em saúde, inclusive de saúde mental, não estavam sendo realizados no último ano nas unidades básicas de saúde, pois o foco das equipes de saúde ficou quase que exclusivamente voltados para conter o avanço e agravo da COVID-19.

A gente vem com uma anormalidade da saúde coletiva no momento, a coletiva ela tem por vezes um atendimento diferenciado no sentido de prevenção, no momento de pandemia a gente não tá conseguindo executar o trabalho da saúde coletiva a gente tem atendido a demanda, e trabalhado mais no momento com os agendamentos de vacinação e com as gestantes que é a única demanda agendada que a gente não parou de atender e aos poucos a gente tem tentado voltar a trabalhar com prevenção, com atendimento agendado. (Entrevistada 9, 2021).

O perfil de cuidado da Atenção Básica é bastante estratégico, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, e devido a pandemia, esse perfil de cuidado no território por um bom tempo não pode ocorrer.

Antes da pandemia a rotina de trabalho era sair fazer cadastro, fazer visita, levar uma receita levar um remédio dependendo da pessoa, se era acamada ou não. Agora na pandemia ficou mais restrito as nossas condições, a gente ficou um tempo até sem sair pra área, assim a gente já não sabe mais todos os moradores que temos [...]. Mas assim, bem no começo teve que levar remédio somente pra esses COVID's, casos de COVID né, a gente teve que levar somente pra eles receitas, somente pra eles, então o restante ficou meio que tipo abandonados. Agora com o tempo que a gente tá conseguindo levar um pouco mais de atenção pra esse pessoal. (Acre, grupo focal 3, 2021).

Foi visível a necessidade externalizada pelos entrevistados, em ter que retomar o quanto antes a rotina da unidade, e a angústia em saber as consequências dessa interrupção repentina e prolongada das consultas eletivas e/ou de rotina e da falta de acompanhamento das doenças crônicas que possivelmente irá repercutir no agravo dos casos e consequentemente sobrecarga do serviço.

Agora com a pandemia tá bastante complicado porque a gente acaba não tendo uma rotina certa né “fulana”, então agora que nós estamos voltando com tudo diferenciado eu ainda não consegui voltar com a puericultura, estou com a cabeça quente com a saúde mental, então a nossa rotina tem sido paciente chegando, alguns tão marcados, mas a coisa ficou um pouco sem pé sem cabeça, nesse sentido. Já faz o que, 1 ano e meio que a gente tá nessa confusão e acabou despedaçando a estratégia de saúde da família. (Entrevistada 16, 2021).

É nesse cenário de retomada, onde os profissionais de saúde tiveram que se reinventar, se superar, e enfrentar seus medos, angústias e frustrações, que vamos explorar a rede de atenção psicossocial, como um desafio a mais para os profissionais da APS.

A prática da saúde mental no contexto da atenção primária

Ao analisar o fluxo de atendimento e a relação que as ESF têm com a saúde mental, foi percebido alguns desafios em relação aos usuários que demandam cuidado em saúde mental na unidade de saúde da família do município de Guaratuba.

A primeira delas é o (pré)conceito relacionado ao tema, insegurança e receio dos profissionais de saúde. Apesar da importância do tratamento das doenças mentais na APS, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, falta de interesse, estigma e receios dos profissionais de saúde.

Toda. Sou bem realista, não é muito minha área, dificuldades mesmo digamos de constatar, diagnosticar corretamente certo, eu diria quase toda por isso estou pedindo socorro. (Entrevistada 17, 2021).

[...]particularmente eu não gosto de saúde mental, não tenho habilidade com saúde mental então assim eu atendo porque tem que atender [...]. (Entrevistada 11, 2021)

Neste estudo, os profissionais mencionaram não ter afinidade e disponibilidade para dar sustentação às ações específicas que as pessoas com transtornos mentais requerem no âmbito das UBS. Referem, como exemplo, que o usuário de saúde mental demanda maior tempo da equipe, além do fluxo intenso que é vivenciado pelos profissionais, conforme evidenciado nas falas a seguir:

[...] mas realmente a dificuldade é tempo, o paciente com saúde mental, depressivos por exemplo, você precisa de um tempo maior né pra sentar pra conversar que você acaba não tendo [...]. (Entrevistada 16, 2021).

[...] Eu não tenho tempo de escuta ativa, então assim é muito dinâmico, pelo menos essa unidade aqui é muito dinâmica, então eu não tenho quem acolha, eu não tenho quem faça esse acolhimento e essa conduta terapêutica [...]. (Entrevistada 11, 2021)

Desta forma como identificar as necessidades singulares da pessoa em sofrimento mental, se o sujeito deve ser ouvido para estabelecer um vínculo, e um diálogo qualificado, para que assim seja possível identificar quais técnicas e tecnologias irão de fato, atender as demandas do usuário. A escuta qualificada torna a prática da clínica ampliada possível, pois de que outra maneira seria possível considerar a singularidade do sujeito e complexidade do processo saúde/doença, levando em consideração que o primeiro não se resume ao segundo (Santos, 2019).

Segundo Santos (2014 citado por Santos 2019), a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções.

Neste sentido, Brasil (2013) destaca que o usuário pode não ter consciência de seus conflitos e sofrimentos com o que diz, pensa ou faz, e que o profissional da atenção básica pode atuar como interlocutor facilitando o manejo das angústias cotidianas que podem levar a somatizações ou complicações clínicas. Afirma ainda que, pelo fato da escuta ser uma prática comum no dia-a-dia das pessoas, mesmo daquelas sem formação no campo da saúde, atribui-se a ela um valor inferior em detrimento de outras condutas técnicas, entretanto ela possibilita ao usuário e profissional a percepção e significação do sofrimento, além de elaboração de um plano terapêutico que atenda as especificidades do indivíduo.

Diante desse desafio imposto no cuidado das pessoas em sofrimento mental, e pela inexistência de oferta de quaisquer ações específicas para estes usuários na ESF, encaminhar diretamente para os serviços especializados em saúde mental, acaba sendo, o principal recurso utilizado nas UBS.

Os profissionais mencionaram que realizam os encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para psicologia. Consideram que este tipo de encaminhamento é uma transferência de atribuição, pois os profissionais não reconhecem como sua competência a atenção a estas pessoas na UBS. Realizam o encaminhamento para o que consideram como serviço especializado em saúde mental, conforme demonstram os discursos a seguir:

Bom a saúde mental a dificuldade que a gente tem aqui é de encaminhar, porque você não consegue é tratar no posto, você tem que ter um acompanhamento fora, e a nossa dificuldade é essa, é esse acompanhamento fora[...]. (Entrevistada 05, 2021)

Bom aqui especificamente, aqui na unidade, nós não temos grupo de saúde mental então o que a gente faz aqui atende esses casos e encaminha pro CAPS, e aqui a gente fica só na retaguarda pra renovar receitas [...]. (Entrevistada 04, 2021).

Os profissionais consideraram os encaminhamentos como uma ação resolutiva que realizam, pois estão ofertando o que o município tem de mais especializado em saúde mental. Tal conduta revela a falta de capacitação continuada, o que resulta em desconhecimento da mudança de modelo de atenção que preconiza ações em saúde mental, com atendimento na UBS, incluindo avaliação clínica do profissional. Não obtendo meios para resolver a situação na Atenção Primária, realiza-se o encaminhamento. (Rotoli, 2019).

Outra prática associada, é o uso indiscriminado do medicamento, que tem como pano de fundo a medicação como recurso de escolha em detrimento do acolhimento e de outras estratégias de suporte psicossocial.

[...] simplesmente o que nós estamos fazendo com saúde mental lá é acompanhar as receitas que são mandadas certo, e administração de medicamentos e algum outro caso contado ou dificuldade a gente informa para o CAPS [...]. (Entrevistada 17, 2021).

[...] eu poderia fazer algo antes de entrar com o tratamento medicamentoso, mas por conta do pouco tempo que a gente pode dedicar às vezes a gente entra de vez colocando alguma medicação[...]. (Entrevistada 15, 2021).

O atendimento da população que sofre com transtorno mental, segundo a fala dos entrevistados não está ordenada e nem disponibiliza de uma ação específica voltada para esse público, o que se tem feito é renovação de receita. Conforme mostra a Figura 2, onde as palavras chaves em destaque são: **Medicamento** e **Renovação** de **Receita**.

Figura 2 – Nuvem de palavras: Fluxo de atendimento.



Fonte: Autores (2021) através do software Nvivo.

Como aponta Almeida (2020), o cuidado centrado na medicalização pode gerar iatrogenias na atenção em saúde. O uso de medicações como único recurso terapêutico “castra” psiquicamente a subjetividade dos sujeitos. Desse modo, as palavras trazidas pelos entrevistados na Figura 2, reforça a prática da medicalização, camuflando de certo modo a necessidade de outras intervenções de ordem psicossocial e subjetiva.

Quando abordado no grupo focal com os ACS, como eles identificam um usuário com demandas relacionadas a saúde mental a grande maioria identificou a família como porta de entrada. O conceito de família utilizado pelos entrevistados é o de um grupo constituído a partir de laços consanguíneos. E são essas pessoas que devem, primeiro, ser contatadas quando se trata do cuidado em saúde mental, como demonstra a fala:

Aqui geralmente no nosso trabalho nas visitas domiciliares em épocas normais a gente tem acesso a família, e a família nos informa sobre o que está acontecendo com o familiar nesse caso, a gente daí procura trazer as informações pra unidade, através da enfermeira que é a nossa chefe, que nos direciona, ela vê os caminhos pra que a gente possa tá ajudando essa pessoa que tá precisando de uma assistência na saúde mental ou com problema psiquiátrico [...]. (Maracujá; grupo focal 04, 2021).

Então, sempre vem alguém da família e comunica a gente que tem uma pessoa né, com deficiência, tem um usuário, daí a gente acompanha essa família aí passamos para o chefe né e em equipe a gente acompanha essa família. (Argo; grupo focal 02, 2021).

O ACS é apresentado por Nunes et al (2002, citado por Santos & Nunes, 2014) como uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Santos e Nunes (2014), ainda complementam que, a participação esperada do familiar no cuidado é descrita pelos ACS como marcação de consultas, auxílio no gerenciamento do tratamento farmacológico, busca por apoio em serviços de saúde e inserção das pessoas em sofrimento mental nas atividades comunitárias e vínculos com vizinhos e outros membros da família extensa.

Os agentes comunitários de saúde têm um papel fundamental, pois permitem a interação entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família e a comunidade, através da realização de visitas domiciliares regulares, monitoramento de indicadores de saúde e promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente através de iniciativas educacionais (Brasil, 2010).

As funções exercidas pelos ACS em relação à comunidade vão bem além do atendimento usual e programado de visita às casas, realização de atendimentos, encaminhamentos e acompanhamentos. Por serem da comunidade e conhecerem os serviços de saúde, eles são a todo o tempo questionados sobre diversos serviços (Lotta, 2006).

Segundo Giugliani et al. (2011 citado por Coutinho et al., 2020), uma revisão sistemática de estudos brasileiros apontou que os ACS realizam intervenções benéficas em diversos campos da saúde por estabelecerem compromisso e confiança com a população que atendem, conhecerem os recursos locais, favorecerem a mobilização social e serem hábeis em produzir competência cultural, um atributo chave da sua competência para a APS.

A nuvem de palavras na Figura 3, demonstra claramente a importância do cadastro e essa vinculação com a família, sendo uma importante condição para o início da relação de cuidado com a pessoa em sofrimento.

Figura 3 – Nuvem de Palavras: Identificando os usuários com demandas relacionadas a saúde mental.



Fonte: Autores (2021) através do software *Nvivo*.

O Agente Comunitário de Saúde, segundo Almeida (2020) é uma peça fundamental para a realização dessa atividade por ser um morador da comunidade, possuir em seu processo de trabalho logística necessária para realizar o monitoramento sistemático do núcleo familiar, conforme ilustrado na figura 03 por meio das palavras chaves, família, casa e cadastro.

O apoio matricial em saúde mental

Segundo Gonçalves *et al.* (2011), o matriciamento ou apoio matricial (AM) é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Sendo o matriciamento um recurso para construção de novas práticas em saúde mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, tendo como principal objetivo o cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009, citado por Chiaverine et al, 2011) 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.

Quando questionados se existiam ações de matriciamento em saúde mental, 78% dos entrevistados (profissionais de saúde e ACS) responderam que no momento não existe nenhum apoio matricial.

Alguns profissionais, identificaram as articulações em rede como um apoio matricial, conforme relatado a seguir.

Na verdade, o matriciamento que eu acabo fazendo é quando eu tenho alguma dúvida eu converso com o fulano, puxo ali no whats, que nem com o beltrano veio a primeira vez com aquele pé dele aberto, eu falei: fulano conhece esse paciente parece que ele foi andando daqui pra Matinhos assim, assim assado, porque eu não conhecia ele desde outubro, então daí esse é o nosso matriciamento, meio que de boca [...]. (Entrevistada 14, 2021).

A gente faz isso, mas não é presencial né, a gente faz basicamente via whatsapp, mas existe sim essa conversa sim, não é aquela coisa formal por conta da pandemia mesmo, mas existe. (Entrevistada 05, 2021).

A Portaria GM/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012, definiu em seu artigo 5º, a utilização do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) para o registro mensal das ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS (Brasil, 2012). O procedimento 03.01.08.030-5 - matriciamento de equipes da atenção básica, foi descrito nesta Portaria, assim:

Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular. (Brasil, 2012).

O parâmetro do Ministério da Saúde (MS) é de doze (12) ações de matriciamento por ano, uma por mês, porém não foi identificado durante a pesquisa esse apoio presencial e sistemático da equipe de saúde mental, segundo os entrevistados antes da pandemia houve um movimento inicial do apoio matricial, mas que não teve continuidade.

A gente já discutiu algumas vezes, já fizemos algumas reuniões, nos propomos a fazer, mas não saiu do planejamento. (Entrevistada 07, 2021).

Já teve gente que veio aqui faz reunião, que nem a última vez, faz mais de seis meses, quase um ano, mas somente a reunião explicações né, mas aqui mesmo a gente não tem esse acompanhamento direto. (Guaratuba; grupo focal 01, 2021).

Neste contexto de luta e conquista, o matriciamento em saúde mental formulado por Gastão Wagner em 1999, surge como uma importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde. (Gonçalves *et al.* 2011).

É importante destacar que o Apoio Matricial em saúde mental não pode ser reduzido como sendo, apenas, atenção aos usuários e capacitação/supervisão dos profissionais. Como aponta Bezerra (2022) faz-se necessário a implementação de medidas que consolidem o AM, bem como uma política mais clara de assistência em saúde mental. Sendo, portanto, um equívoco considerar o AM como supervisão de caso, indo de encontro com a proposta principal do AM que é o envolvimento, a corresponsabilização pelos casos e troca de saberes entre os profissionais.

Algumas das diretrizes gerais do Matriciamento em Saúde Mental, de acordo com o Caderno de Atenção Básica do MS, nº 27, inclui o item 7, onde refere que a educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária. (Brasil, 2010).

A maioria dos profissionais de saúde nunca realizaram capacitações em saúde mental, e os que relataram já ter feito, reconhecem que foi a muito tempo. Em contrapartida todos os entrevistados pontuaram a importância de realizarem cursos na área da saúde mental.

Desta forma, não podemos esperar que profissionais formados no paradigma do tratamento, na centralização nos sintomas, no reducionismo terapêutico, tenham um desempenho de clínica ampliada, sem que para isso tenham formação na área. (Hirdes e Scarparo, 2015).

Construído em 2014, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental foi revisado em 2020 a partir de contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, visando qualificar o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada em saúde mental. É uma ferramenta que amplia o olhar técnico e facilita o dimensionamento da demanda em saúde mental no território.

Embora a maioria dos entrevistados relataram conhecer a ERSM, eles referem não usar em sua rotina de trabalho, atribuindo a dificuldade na aplicação e/ou falta de conhecimento e principalmente, falta de tempo, como motivos para não estratificarem o usuário de saúde mental.

[...] eu tive muita dificuldade eu peguei duas pessoas, não sei se eram os ideais, mas eu fiquei mais de uma hora e eu me envolvi muito ali e cada pergunta que eu fazia a pessoa se prolongava, e a gente não tem esse tempo na unidade né. É o tempo todo eles chamando pra avaliar um paciente no curativo, vê um negócio no medicamento[...]. (Entrevistada 03, 2021).

[...] a escala não é tão simplinha e eu acho pra mim não é simples, e precisa de tempo que é outra coisa, precisa de tempo e as vezes o fluxo é maior e você acaba de fazer a entrevista nem tão profunda, mas um pouquinho mais superficial[...]. (Entrevistada 15, 2021).

Diante disso, pode-se afirmar que o tempo é um fator determinante no trabalho e, conseqüentemente, na produtividade do trabalhador, seja qual for a tarefa desempenhada. O que torna extremamente importante como apontado por Mello; et al (2007), propostas metodológicas que auxiliem o planejamento e avaliação do uso do tempo do trabalhador da área da saúde no desempenho de suas atividades.

A estratificação de risco é uma estratégia para identificar e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando que pessoas com uma mesma condição de saúde podem necessitar de níveis diferentes de atenção conforme a duração da condição, a urgência de intervenção, o escopo dos serviços requeridos e a capacidade de autocuidado. Pessoas com menor risco são melhor atendidas por estratégias focadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e no autocuidado apoiado, enquanto pessoas de médio e alto risco têm maior necessidade de atenção profissional e cuidados especializados. (Mendes, 2012).

A Rede de atenção psicossocial do município na perspectiva dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores. (Brasil, 2011).

Os componentes da rede de atenção psicossocial do município consistem na atenção básica em saúde, por meio das setes (07) UBS, atenção psicossocial, com um (01) Centro de Atenção Psicossocial tipo 1, um (01) ambulatório de saúde mental, atenção de urgência e emergência que consistem em um (01) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um (01) Pronto Socorro.

Considerando a importância da integração e articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial, os entrevistados foram indagados se conhecem, e como é a sua relação com a Rede de Atenção

4. Considerações Finais

É em meio à complexa teia, que envolve profissionais, usuários e os diversos serviços e espaços territoriais, que a presente investigação buscou refletir a Rede de Atenção Psicossocial, na perspectiva das equipes da Atenção Primária a Saúde do município de Guaratuba.

Buscou-se com esta pesquisa desvendar as características do cuidado produzido em território e evidenciou-se em meio às práticas desenvolvidas características como medicalização, preconceito, desinformação, desacolhimento, desarticulação e intervenções que priorizam os serviços especializados em psiquiatria/ saúde mental, em detrimento de estratégias formais de articulação como o matriciamento em saúde mental. A articulação da rede em análise se apresentou de forma pontual, de modo que, um cuidado pautado na especialidade, na medicalização e na fragmentação é produto e produtor de uma rede que se articula pontualmente, num alinhavo disparado por rótulos e intersubjetividades.

Considerando o resgate dos questionamentos elencados previamente à exploração dessa rede, se tornou viável abranger alguns posicionamentos. A atenção primária é fundamental para uma ação eficaz em saúde mental, já que nesta área a complexidade está atuando de forma invertida. No cuidado em saúde, a complexidade tem um caminho ascendente: da rede básica com intervenções mais simplificadas para a rede terciária que vai operar com recursos mais especializados. Porém isso não vem ocorrendo no que diz respeito a saúde mental, onde a maioria dos usuários já estão inseridos na rede especializada, e o grande desafio dessa rede de cuidado territorial pesquisada, é atender a essas pessoas na atenção primária, com todos os desafios que esse tipo de atenção implica, já que atua junto à pessoa em seu território e em meio a suas relações sociais.

Assim, práticas de saúde não devem centrar-se na doença, mas sim no sujeito. Nesta perspectiva, a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado. Porém é necessário que o profissional esteja disposto e disponível a ouvir, pois a partir do momento que o profissional se disponibiliza a ouvir de forma ética e empática o usuário é possível acolher e criar vínculo.

Entretanto um dos maiores questionamentos elencados, diz respeito a falta de tempo, e o quando a falta dessa ação repercute na qualidade da assistência prestada, comprometendo por sua vez, o ato de escutar os usuários, o que é ocasionado pelo excesso de trabalho relatado pelos entrevistados.

Desta forma, podemos entender que o ato de escutar está comprometido pela falta de pessoas e de tempo dos profissionais de saúde, ficando em segundo plano, a necessidade do paciente ser ouvido nessa fase que se encontra fragilizado pela doença e todas as consequências que ela traz. Refletir o gerenciamento de serviço de saúde e o dimensionamento de pessoal é uma tarefa fundamental, desde que seja agregada a importância, não só em tarefas concretas, no agir, mas também no ouvir e no sentir.

No âmbito da atenção à saúde em rede, há avanços discretos desenhando o cenário local que se materializam nas angústias e insatisfações relatadas pelos profissionais, demonstrando anseio em mudanças, porém sem saber por onde começar, essas iniciativas podem ser reconhecidas por nós enquanto “ilhas de resistência”.

A situação pandêmica vivenciada pela COVID 19 foi a principal limitação dessa pesquisa. Talvez se essa rede de cuidado territorial, tivesse sido investigada num momento aonde os profissionais dos diferentes pontos da RAPS, e em especial da Atenção básica, não tivessem vivenciando uma realidade totalmente atípica, imposta pelo distanciamento social, aonde os agentes comunitários de saúde estivesse atuando em seus territórios, aonde os atendimentos eletivos e de promoção e prevenção em saúde não tivessem totalmente suspensos, muitas das vezes por receio das equipes e gestores, e principalmente pela falta de apoio das esferas Federais e Estaduais com orientações sistemáticas e pontuais de manejo da crise vivenciada, acarretando aos municípios de pequeno e médio porte, se valerem por muitas vezes de bom senso e boa vontade, o que acabou por acarretar em um total desarranjo dos serviços, que aos poucos estão sendo remontados. Com isso identificamos no produto ora apresentado apenas um retrato da realidade local.

Que as próximas pesquisas possam encontrar no territorial uma rede estabelecida, com uma lógica de intersetorialidade e coresponsabilização numa visão de saúde ampliada, com ações de prevenção e promoção de saúde. Sugerem-se pesquisas quanto ao impacto da escuta qualificada na atenção primária, a estes usuários de saúde mental e futuramente uma pesquisa que possa apontar os resultados advindos das intervenções em saúde mental a partir do matriciamento, além de ser investigado outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Guaratuba, afim de aprofundar na discussão da recursividade no cuidado em saúde mental produzida no território.

Referências

- Almeida, D. L. de, Cota, A. L. S., Alvim, R. G., & Pereira, T. da S. (2020). Conhecimento em saúde mental: prática de profissionais da estratégia saúde da família. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9 (3), e18932134. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2134>
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos, *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf.
- Brasil. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial – RAAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Bezerra, ENR. (2022). Atenção psicossocial: ampliando o cuidado na construção de uma rede articulada em saúde mental. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (3), e47511326634. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26634>
- Chiaverini, D. H., Gonçalves, D.A., Ballester, D., Tófoli, L.F., Almeida, N. & Fortes, S. (2011). *Guia Prático de Matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.
- Coutinho, M. F. C., Portugal, C. M., Nunes, M. de O., & O'Dwyer, G. (2020). Articulations between the Global Mental Health project and the cultural aspects of care in the Psychosocial Care and Primary Health Care Network in Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300219>
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 24(4), 112–117. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932004000400013>
- Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 383–393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
- Lima, R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(03). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>
- Lotta, G. S. (2006). *SABER E PODER: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas*. Dissertação de Mestrado Escola de Administração de Empresas de São Paulo /FGV. São Paulo, SP, Brasil. <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2389>.
- Mello, M. C. de Fugulin, F. M. T., & Gaidzinski, R. R. (2007). O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 87–90. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000100015>
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Minayo, M.C.S. (2008). *O desafio da pesquisa social. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Morgan, DL (1997). *Grupos Focais como Pesquisa Qualitativa*. Sage Publications, Thousand Oaks. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Rotoli, A., Silva, M. R. S. da, Santos, A. M. dos, Oliveira, A. M. N. de, & Gomes, G. C. (2019). Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Escola Anna Nery*, 23. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>
- Santos, G. A., & Nunes, M. de O. (2014). O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 105–125. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312014000100007>
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS EM REVISTA*, 1(2), 170–179. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
- Veloso, T. M. C., & Souza, M. C. B. de M. e. (2013). Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 79–85. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100010>