

■ Artigo Original

Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família

Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS)

Red de atención em salud mental: percepción de gestores de la estrategia salud de la familia



Adriane Domingues Eslabão^a
Valéria Cristina Christole Coimbra^b
Luciane Prado Kantorski^b
Leandro Barbosa de Pinho^a
Elitiele Ortiz dos Santos^a

Como citar este artigo:

Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e60973. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se analisar a visão de coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a conformação da rede de saúde mental no município de Pelotas/RS.

Método: Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com seis coordenadores de ESF no ano de 2012. Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, e os resultados foram avaliados por análise temática.

Resultados: A rede construída pelos coordenadores é composta por poucos serviços formais e focada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e a rede informal é descrita com maiores pontos de cuidado. As trocas de corresponsabilidade no cuidado em rede ocorrem de forma frágil, sem o diálogo necessário.

Conclusão: Os coordenadores demonstram pouco conhecimento da rede formal de cuidado e uma atenção focada nos serviços da ESF e no CAPS. Reconhecem a importância de haver políticas públicas que valorizem e ampliem os espaços informais de cuidado no território.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the opinions of the coordinators of the Family Health Strategy (FHS) on the mental health care network in the city of Pelotas/RS.

Method: Descriptive and exploratory study with a qualitative approach, carried out with six FHS coordinators, in 2012. Semi-structured interview was used in data collection, and the results were evaluated using the thematic analysis.

Results: The network designed by the coordinators consists of few formal services and is focused on the Psychosocial Care Centers (CAPS). The informal network has a greater number of care units. Exchange of information related to joint responsibilities in the care is scarce, with lack of dialogue.

Conclusion: The coordinators have scarce knowledge on the formal care network and on care focused on the ESF and CAPS. They also recognize the importance public policies that value and expand the informal care spaces in the territory.

Keywords: Mental health services. Mental health. Brazilian Health services reform. Primary health care. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Se tuvo como objetivo analizar la visión de coordinadores de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) sobre la configuración de la red de salud mental en el Municipio de Pelotas/RS.

Método: Estudio descriptivo y exploratorio, cualitativo, realizado con seis coordinadores de ESF en 2012. Se utilizó la entrevista semiestructurada y los datos fueron analizados con uso del análisis temático.

Resultados: La red señalada por los coordinadores posee pocos servicios formales, enfocada en el Centro de Atención Psicossocial (CAPS). La red informal es más diversificada, pero los cambios de corresponsabilidad en el cuidado es de modo frágil.

Conclusión: Los coordinadores tienen poco conocimiento de la red formal de cuidado, con énfasis en la ESF y en el CAPS. Reconocen la importancia de que haya políticas públicas que valoren y amplíen los espacios informales de cuidado en el territorio, algo necesario en el cuidado en salud mental.

Palabras clave: Servicios de salud mental. Salud mental. Reforma de la atención de salud. Atención primaria de salud. Enfermería.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, as lutas pela mudança no modo de cuidar e olhar para a pessoa em sofrimento psíquico ocorreram a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 1970, na essência do processo mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais contra a ditadura militar. Essa reforma trata-se de uma radical ruptura do modelo manicomial, a partir da construção de um novo paradigma científico, político e ético de cuidado⁽¹⁾.

Nessa lógica, se antes havia apenas o manicômio como espaço de tratamento, hoje temos uma Rede de Atenção Psicossocial (raps) que é composta por serviços e equipamentos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II e III, CAPS Álcool e outras drogas, CAPS Infantil, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Núcleo de Assistência a Saúde da Família, Ambulatórios de Saúde Mental, leitos em hospital geral, Serviços de Urgência e Emergência, e o cuidado prestado pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos Centros de Convivência e outros espaços de socialização⁽²⁾.

O trabalho em rede visa a atender as demandas de saúde mental dos usuários e de suas famílias, partindo de uma concepção ampliada da complexidade do cuidado em saúde, focado em aspectos relacionados à qualidade de vida e acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção de uma vida saudável. Assim, o caráter intersetorial do trabalho em rede, com a participação da educação, habitação, saúde, lazer e trabalho, ganha relevância na organização e gestão do trabalho em saúde com vistas a avançar nos princípios de integralidade, universalidade e descentralização das ações em saúde.

Nesse âmbito, uma conquista importante foi a criação e implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas unidades de saúde. O cuidado nas Unidades Básicas de Saúde é norteado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, que tem a ESF consagrada como estratégia na ordenação das redes de atenção à saúde. Propõe caráter territorial com relações de vínculo com usuários e famílias, o acesso universal e contínuo aos serviços e, a integração das ações de prevenção, tratamento e reabilitação, reafirmando-se enquanto política acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado em rede⁽³⁾.

A ESF tem um papel fundamental na atenção da saúde mental da população⁽⁴⁾. É uma proposta de mudança do modelo tradicional orientado pela biomedicina para um modelo centrado no indivíduo na sua integralidade, suas relações familiares e socioculturais. A concepção de saúde adotada pela ESF é mais ampla, assim como o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. Com isso, a articulação entre saberes técnicos, populares e a mobiliza-

ção de recursos institucionais e comunitários são necessários para o enfrentamento de problemas de saúde⁽⁵⁾.

No trabalho da ESF o ambiente de cuidado são os espaços de vida como: a rua, as instituições, o CAPS, e o território, espaço comum de todos os sujeitos. Nesses espaços há a necessidade de se recriar formas de aproximação, de contato e de vínculo através da articulação entre os profissionais, usuários, serviços e territórios. Assim, as ações de cuidado exigem a participação de diferentes atores sociais, serviços e setores, tendo em vista um cuidado centrado no usuário, nas suas demandas de saúde, suas relações sociais e o seu território de vida⁽⁶⁾.

Deste modo, parte da compreensão de que para cuidar da saúde da população em seu território é preciso conhecer as famílias, identificando os modos de vida, as dificuldades de saúde e, principalmente, articular e compartilhar o cuidado destas com outras redes na perspectiva da integralidade. Para isso, a gestão do cuidado na ESF exige uma aproximação com recursos existentes, e assim otimizá-los no cuidado do território, fomentando diferentes possibilidades de redes que consigam responder às demandas dos usuários e famílias.

Neste sentido, compreendemos que os coordenadores de ESF possuem desafios em suas ações de cuidado como: o gerenciamento dos recursos humanos e de profissionais sem perfil para a área, a organização do serviço e a atenção às necessidades da população. Como facilidades para atuar na ESF, encontra-se a experiência profissional, principalmente a oriunda de atividades de coordenação. O papel de coordenador é de equilíbrio entre as ações programadas, planejadas e as imprevistas, tendo o cuidado para não ser tomado pelas demandas espontâneas sem conseguir executar suas tarefas planejadas⁽⁷⁾.

Os coordenadores das Unidades de Saúde da Família são importantes agentes de liderança e cuidado que devem facilitar o trabalho em rede intersetorial, identificando os recursos formais e informais e promovendo as aproximações com o território. Assim, são responsáveis, juntamente com a equipe, pela consolidação da ESF enquanto ordenadora do cuidado em saúde.

No que tange ao cuidado em saúde mental na atenção primária ainda há muitos desafios e incertezas em relação à forma de gerenciar as ações. Ainda não há um conhecimento suficiente da rede de cuidado, das possibilidades de articulações, dos recursos disponíveis no território e da dinâmica de movimento dos usuários em sofrimento psíquico nos serviços e na comunidade⁽⁸⁾, justificativas que nos impulsionaram à realização desta pesquisa.

Portanto, tendo em vista a importância do trabalho dos coordenadores da ESF em gerir o cuidado em saúde mental no território e os desafios enfrentados por essas equipes para a construção de um trabalho em rede, o estudo apre-

senta a seguinte questão de pesquisa: “qual é a visão que os coordenadores das Unidades de Saúde da Família têm sobre a rede de cuidado existente em seu território e sobre as trocas necessárias com outros serviços para promover o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico?”. A partir desse questionamento, o artigo tem como objetivo analisar a visão de coordenadores da ESF sobre a conformação da rede de saúde mental no município de Pelotas/RS.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam dar uma dimensão da complexidade do trabalho em rede no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para o fortalecimento e avanços das ações em rede, bem como no trabalho das equipes de enfermagem, profissionais de grande atuação na ESF.

■ METODOLOGIA

O presente estudo expõe dados da pesquisa intitulada “A conformação da rede de saúde mental na visão dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família”⁽⁹⁾. Os participantes foram seis coordenadores de ESF, sendo quatro enfermeiros, um médico e um assistente social. O coordenador com maior tempo de formação contava com 22 anos de carreira e o de menor tempo com 11 anos. O coordenador com maior tempo de atuação no serviço e exercendo o papel de coordenação apresentou um total de 10 anos e o de menor tempo 1 ano.

Os participantes foram eleitos por atuarem em ESF no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Os critérios de seleção dos participantes foram: ser coordenador de ESF do município de Pelotas e permitirem a publicação dos dados coletados na pesquisa. Como critério de exclusão o participante que estivesse em licença para tratamento de saúde ou gozando de férias no período da coleta de dados.

O município de Pelotas possui uma população estimada de 328.865 habitantes e está dividido em sete macrorregiões. A região escolhida para esta pesquisa é a macrorregião de menor renda *per capita* e na qual houve um grande aumento populacional nos últimos anos⁽¹⁰⁾. Essa região possui doze unidades de saúde, sendo seis com ESF.

O município, em sua rede formal de saúde mental, conta com seis CAPS tipo II, distribuídos por macrorregiões, e dois CAPS específicos, um para usuários abusivos de drogas (CAPS AD) e um para o atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi). Possui ambulatórios de saúde mental vinculados às universidades e à rede pública de saúde do município, bem como o Serviço de Oficinas de Geração e Trabalho e Renda, chamado de “Reabilitação, Trabalho e Arte – RETRATE”⁽⁹⁾.

A rede conta com leitos psiquiátricos em hospital geral, dois Centros de Convivência em zona rural e o Programa de Redução de Danos. Recentemente, passou a fazer parte

da rede de saúde mental o Centro de Atenção da Saúde Escolar, que atende crianças com problemas escolares. Possui atividades de saúde mental dentro das Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Atenção da Assistência Social. A rede informal é composta por grupos de jovens e idosos ligados às igrejas e atividades de lazer desenvolvidas por escolas, Organizações não Governamentais (ONGs) e pelos Centros de Tradições Gaúchas (CTGs)⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem metodológica qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como característica responder a questões e questionamentos particulares de um nível de realidade que não pode ser quantificado, utilizando-se do universo dos significados, aspirações, crenças, valores, atitudes e cultura. Entende-se que esse conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social, na qual o ser humano se distingue pela sua capacidade de pensar, agir e interpretar as suas ações a partir de suas experiências vividas⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a maio de 2012 através de entrevistas com o apoio de um roteiro contendo as questões semiestruturadas do estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante conforme disponibilidade, e realizadas na própria unidade de saúde. Cada entrevista durou aproximadamente trinta minutos e todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelos autores da pesquisa. As questões utilizadas na entrevista foram: 1 – Fale sobre a conformação da rede de saúde mental; 2 – Descreva graficamente como você identifica a composição da rede de saúde mental; 3 – Fale sobre algum atendimento marcante de saúde mental que foi necessária a utilização da rede de saúde (identificando as trocas e corresponsabilidade no cuidado); 4 – Quais são os desafios da conformação da rede de saúde em relação à saúde mental, e as potencialidades para o fortalecimento desta rede? Para responder à segunda questão, o coordenador recebeu a figura de um ecomapa, tendo no centro do mesmo o usuário e a família.

A análise dos dados foi realizada pela análise temática⁽¹¹⁾. Foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de todo o material coletado durante a pesquisa. Após, foi realizada a análise dos dados, separando do texto trechos e fragmentos importantes para o estudo, os quais foram distribuídos em tópicos, identificados como unidade de informação, e em seguida foram aproximadas todas as unidades de informações semelhantes originando as unidades de sentido. A partir da aproximação e do trabalho analítico das unidades de sentido, surgiram as categorias analíticas que norteiam o estudo. E, por fim, foi realizada uma síntese interpretativa a partir do tratamento dos resultados obtidos, os quais foram submetidos a operações complexas ou simples que permitiram ressaltar os dados da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 24/2012, respeitando os princípios éticos conforme a Resolução 196/96. Os participantes foram identificados com a letra G de gestores e com o número correspondente à ordem da entrevista, respeitando o anonimato dos mesmos.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

As duas categorias analíticas que emergiram a partir da análise das entrevistas dos coordenadores da ESF do município de Pelotas/RS foram: a Rede formal e informal no cuidado em saúde mental e as Trocas de corresponsabilidade no cuidado em rede.

A rede formal e informal no cuidado em saúde mental

A luta da Reforma Sanitária e Psiquiátrica possibilitou a consolidação de uma rede de cuidado em saúde guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com práticas voltadas para a resolução das necessidades sociais como: a falta de recursos na saúde, as difíceis relações familiares, falta de emprego, de moradia, dentre outros determinantes do processo de saúde-doença da população⁽¹²⁾. O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira fortaleceu o processo de luta pelos direitos e reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico com a criação de uma rede de cuidado extra-hospitalar.

Entretanto, a luta é diária pela criação e efetivação de uma rede de cuidado ampliada. O município em estudo, por exemplo, possui desafios em relação à ausência de alguns serviços na rede como: o SRT, o CAPS III e os Núcleos de Atenção a Saúde da Família, todos com um papel importante no cuidado. Outro desafio importante para o avanço do processo de reforma psiquiátrica no município é a existência de um hospital psiquiátrico.

No período da pesquisa todas as ESF avaliadas estavam com seu quadro profissional incompleto e os trabalhadores que mais estavam em falta eram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os médicos. A ausência destes profissionais pode ser justificada pela necessidade de abertura de novos processos de contratação profissional, pela insatisfação com a remuneração salarial e por afastamento do local de trabalho por motivo de licença a saúde.

Em relação à conformação da rede na visão dos gestores, a maioria descreveu uma rede com poucas ligações entre os serviços de outros setores. Apresentam frágil conhecimento sobre os serviços formais específicos de saúde mental, alguns não identificam o CAPSi e os ambulatórios

de saúde mental, e o RETRATE não foi identificado por nenhum participante. Entretanto, a maioria demonstra conhecer os serviços informais presentes no bairro.

Nesse sentido, a rede de atenção integral é organizada por serviços de saúde e os recursos do território se concretizam por pessoas que atuam nesta rede, sendo indispensável as integrações e os vínculos entre as pessoas para atingir o seu maior propósito: o cuidado de uma determinada população⁽¹³⁾.

A G03, formada em serviço social, descreve uma rede maior, com serviços específicos e não específicos de saúde mental, que são necessários para promover o cuidado.

Todos os CAPS que a gente tem contato, o CAPS AD e o CAPSi, são CAPS que a gente faz contato. O ambulatório de saúde mental e os CRAS têm os grupos direcionados à saúde mental [...] grupo de saúde mental que é aqui um grupo que eu tenho há bastante tempo, a gente busca na secretaria no departamento de saúde mental, o Hospital Espírita e a pensão assistida. A promotoria também é um parceiro e a casa lar que recebe pessoas com transtornos mentais (G03).

Nesta fala são descritos diferentes pontos de cuidado da rede, o que pode ser uma potencialidade das atividades de cuidado, visto que, para acolher e cuidar da complexidade do indivíduo em sofrimento psíquico são necessárias ações intersetoriais, não reduzido o cuidado ao setor saúde⁽⁴⁾. No entanto, a fala dessa gestora não representa os demais participantes deste estudo, pois a maioria organiza as suas atividades de cuidado voltadas mais para o setor saúde.

Nesta perspectiva, os CAPS são identificados como o principal local para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, sendo esse serviço fortemente destacado pelos participantes. No entanto, não foi possível perceber se os coordenadores tinham o conhecimento do número de CAPS existentes no município e suas especificidades.

O ponto que é mais próximo para nós é o CAPS. Então, alguns casos mais graves a gente encaminha [...] que as pessoas procurem o Espírita (hospital psiquiátrico do município) e o CAPS (G01).

Que eu tenha o conhecimento, que a secretaria divulgou muito, foi os CAPS que em cada zona tu tens, pra cada bairro tem um CAPS (G02).

A saúde formal são os CAPS, todos os CAPS que a gente tem contato principalmente o da nossa área (G03).

O CAPS é identificado pelos gestores como um serviço chave, o principal ponto de atenção na rede. Considerando

a reformulação da política de saúde mental, em que o cuidado deve ser voltado para o território, o CAPS é um ponto estratégico de cuidado na Rede. Entretanto, os gestores expõem uma visão mais restrita em relação aos dispositivos de cuidado em saúde mental ao expor fortemente o CAPS sem colocar os demais dispositivos e recursos territoriais que são importantes nesse cuidado.

Nessa lógica, é preciso ressaltar que todos os serviços possuem um papel importante no cuidado, não se limitando ao CAPS a atenção de pessoas em sofrimento psíquico. A atenção primária, por exemplo, é a porta de entrada na rede de saúde para a pessoa em sofrimento psíquico, e é a responsável pelo cuidado dos transtornos leves, como ansiedades, angústias e depressões, sendo o CAPS responsável pelos transtornos mentais graves. Assim, a atenção básica e o CAPS são os responsáveis pela coordenação do cuidado⁽¹⁴⁾.

Nas entrevistas dos gestores, chama a atenção que apenas dois identificam a sua unidade de saúde como um espaço de cuidado em saúde mental. Os demais participantes identificaram o grupo de saúde mental existente em suas unidades como dispositivos informais da rede, e um participante identificou o trabalho dos ACS como importante para as pessoas em sofrimento psíquico, pois os agentes realizam visitas domiciliares, e nestas escutam as demandas dos usuários, mas o gestor acredita que este é um trabalho informal.

Entretanto, destacamos que os grupos de saúde mental são previstos na política de saúde mental na atenção básica, neste sentido, são dispositivos formais de cuidado presentes na rede. Em relação ao trabalho do ACS, é preciso destacar que acreditamos no potencial do seu trabalho como provedor de cuidado em saúde mental, sendo esse profissional igualmente responsável por essa atenção, bem como os demais profissionais que compõem a equipe de saúde da família.

Outro ponto da rede destacado pelos gestores é o hospital psiquiátrico, que aparece como um dispositivo para o cuidado em saúde mental. A reforma psiquiátrica garante politicamente em suas leis a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, porém, neste município, o hospital psiquiátrico ainda permanece e se torna parte da rede utilizada pelos gestores da ESF.

A presença do hospital psiquiátrico na rede pode acomodar os profissionais, pois muitos casos de atenção à crise dos usuários, por exemplo, são encaminhados para este espaço. Além disso, é preciso melhorar a qualificação dos profissionais do CAPS para o atendimento da crise, criar novos espaços psicossociais de atenção como: CAPS III funcionando 24 horas, aumentar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e qualificação da equipe do SAMU, a qual atende aos casos de urgência psiquiátrica⁽¹⁵⁾.

Destacamos avanços na gestão local do município de Pelotas nos últimos anos após a coleta destes dados, pois já possui um CAPS AD III e um SRT.

Desse modo, em relação aos dispositivos informais presentes nos bairros dos usuários, cabe destacar que o profissional de saúde faz parte do território de vida do sujeito e contribui para a constituição cultural, econômica e social, sendo corresponsável por re(constituir) o espaço das relações sociais. Assim, os profissionais devem repensar as ações de cuidado, visando ir para fora dos serviços, para além das paredes institucionais, indo ao encontro do usuário na rua, no bairro e na comunidade⁽¹⁶⁾.

Os coordenadores identificaram na rede informal pontos dentro da comunidade que atuam como produtores de saúde mental, se configurando como pontes de apoio à rede formal no cuidado, como: as igrejas, as ONGs, os CTGs, as escolas e um grupo de recicladores. A maioria dos participantes destaca a importância desses espaços por serem provedores de redes sociais e de prevenção em saúde mental, e salienta a importância de aumentar o número desses dispositivos informais. Nas falas abaixo é possível perceber a importância desses locais dentro da comunidade:

O CTG faz um trabalho muito importante aqui, por que devido à distância, o horário de ônibus. (...) acho que nem a escola é tão, ou seria tão produtiva, em relação a ter atividades quanto ao CTG faz (G01).

A associação, ela também cede espaço hoje pra ONG X fazer um trabalho com o pessoal da cidadania no qual envolve pessoas com maior vulnerabilidade social, os beneficiários da bolsa família, então também tem esse trabalho junto à comunidade (G04).

A gente tem o grupo de mães, que é uma moradora que fez assim, tipo formou uma sede nesse local e ela tem algumas atividades. Eu sei que ela tem o grupo de danças pra crianças, ela tem artesanato, ela tem ginástica (G06).

Desse modo, a articulação dos serviços formais da rede com os pontos informais precisa ser desenvolvida de forma sistemática. Esses espaços do território devem ser utilizados nos planos terapêuticos do usuário, devido à sua importância enquanto estratégia de cuidado, socialização e fortalecimento das redes sociais. Assim, é preciso apoiar e utilizar os pontos informais como componentes da rede e fortalecer a autonomia e participação social dos usuários para a criação e manutenção desses espaços.

É importante ressaltar, ainda, que os gestores observam a necessidade de valorizar e garantir esse espaço na comunidade, uma vez que, contribuem muito para o bem-estar

social da população. Para isso, observam a necessidade de políticas públicas que possam valorizar e prover esses espaços dentro dos bairros.

O que falta nas comunidades também é uma estrutura do poder público, se tivesse um espaço em cada comunidade onde se pudesse ser pensado não só o trabalho em saúde mental, mas outros trabalhos na comunidade... (G03).

O que nós podemos fazer em cada bairro com a sua peculiaridade, vamos criar um local assim que tenha mais oportunidades, pois o que o jovem está fazendo agora de tarde no bairro? (G04).

As atividades informais precisam ser pensadas a partir das demandas da população local, buscando de forma mais ampla a reinserção social, a cidadania e valorização dos projetos de vida, trabalho e fortalecimento das relações sociais no próprio território. As falas das gestoras são valiosas para repensar e recriar novos espaços informais de encontros e cuidado em cada bairro.

Dessa forma, observa-se a importância na constituição de políticas capazes de organizar e criar projetos para a produção de serviços na comunidade, espaços para a fala, para o encontro e para a produção de experiências positivas. É um direito do usuário encontrar em seu próprio território o tratamento necessário para o seu sofrimento psíquico e, a partir daí, articular-se com uma rede de atenção psicossocial⁽¹⁷⁾.

A necessidade de haver políticas que criem espaços de encontros e desenvolvam atividades territoriais é importante, pois é preciso promover a saúde e prevenir as doenças. Isso ocorre com pequenas atividades como: grupos de dança, artesanato, caminhada e nos espaços de trocas entre as pessoas. São alguns exemplos que podem ser fomentados nas comunidades de acordo com a cultura local.

Trocas de corresponsabilidade no cuidado em rede

Em relação às trocas de cuidado em rede, foi proposto aos coordenadores que descrevessem um atendimento marcante de saúde mental, expondo o cuidado realizado com o sujeito e os caminhos percorridos pela rede de saúde, bem como as trocas de cuidado entre os trabalhadores de cada serviço.

As equipes de saúde da família são, igualmente aos CAPS, responsáveis pelo cuidado, e possuem poder maior de inserção no território. Mas, para ocorrer as ações de saúde mental, é preciso que o CAPS e as equipes volantes da área estejam atuando conjuntamente com as ESF, trabalhando juntos e contribuindo com capacitações. Além

disso, os programas de saúde mental criados no âmbito da ESF devem ser permeados pelo envolvimento e a corresponsabilização dos usuários e familiares⁽¹⁷⁾.

Neste sentido, de acordo com as entrevistas, é possível perceber que o cuidado dentro dos CAPS foi garantido aos usuários referenciados pela ESF:

O pessoal do CAPS a acolheu e seguiu tratando lá, mas ela também não tomava a medicação e aí, eles tinham que mandar ela ir todo dia lá para medicar e a família se envolveu (G01).

Sempre quando a gente a referenciava pro CAPS, a gente sempre via uma melhora porque ela se acalmava, porque ela tinha quem ouvisse ela (G02).

Eu acredito que sim, neste momento teve essa corresponsabilização também do usuário por que às vezes o usuário ele empurra a responsabilidade para o profissional (G04).

Os CAPS II e CAPS AD são os mais citados pelos coordenadores e considerados resolutivos quando acionados pela ESF. Os CAPS possuem um importante papel no município devido ao número considerável de pessoas em sofrimento psíquico e usuários abusivos de drogas. Como serviços substitutivos, são preciosos no cuidado e devem garantir em seu cotidiano o acolhimento de todas as pessoas que os procuram.

A articulação da ESF com o CAPS é fundamental para o cuidado em saúde mental. Promove maior segurança aos profissionais da ESF, os quais muitas vezes não se sentem qualificados para avaliar e atuar no cuidado em saúde mental, além de promover continuidade do cuidado na rede. O CAPS é um serviço transitório de cuidado, portanto a articulação com a ESF é a base fundamental para a transferência de cuidado para o território, com atuação de ambas as equipes na reinserção social⁽¹³⁾.

Neste estudo, a troca de cuidado entre os profissionais da rede ocorre em muitos momentos através de contatos por telefone e encaminhamentos da ESF para o CAPS. Para haver um cuidado integral é preciso que os serviços através de seus profissionais se comuniquem realizando a discussão dos casos mais delicados:

Sempre que as gurias têm alguma dúvida ele vem aqui consultar em relação a um problema clínico a gente já vê como é que tá, qualquer coisa liga, em relação a essas duas sempre tem um contato (G01).

A gente foi no hospital visitar ela, a gente tentou através do CAPS um atendimento, vamos ver assim se nós conse-

guimos dar conta dela, só que não deu conta aí realmente precisou da internação, aí a gente acionou o hospital e como ela não tinha condições de voltar pra casa a gente acionou a promotoria que acionou a pensão assistida, então realmente teve um caso que a gente mobilizou todos esses serviços mesmos (G03).

Sim porque a gente fez a primeira consulta por telefone e depois encaminhou a paciente e depois ela retornou pra cá e seguiu acompanhando e então é uma coisa bem vinculada (G05).

Há um envolvimento dos profissionais no cuidado em rede, que mobilizam outros setores quando necessário. Essa articulação ocorre em alguns momentos, a fim de atender especificidades do cuidado em saúde mental e demandas clínicas, sendo fundamental para conferir resolutividade dos casos acompanhados.

Apesar das falas demonstrarem movimentos que apontam para um cuidado em rede, observamos que o cuidado ocorre mais no interior dos serviços de saúde do CAPS e da ESF havendo poucas trocas entre as equipes e articulações com o território.

As ações de cuidado são de responsabilidade de toda a rede de saúde dada à complexidade da vida humana e de seus sofrimentos⁽¹⁷⁾. No entanto, é preciso que haja um profissional, um serviço de referência que possa articular esse cuidado, dando movimentos à rede e responsabilizando todos os profissionais pelo cuidado. Neste caso, o responsável por essa mobilização da rede é o profissional/serviço com o qual o usuário possui maior vínculo; sua referência de atenção pode ser a ESF ou o CAPS.

É preciso destacar que alguns profissionais estão empenhados em realizar uma prática mais compatível com o modelo psicossocial, fazendo parcerias na comunidade, trabalhando em rede e promovendo o diálogo entre os trabalhadores, sendo tudo isso necessário para um cuidado resolutivo⁽¹³⁾.

Desse modo, nesta pesquisa observamos que o cuidado ocorre mais no interior dos serviços de saúde, do CAPS ou da ESF, havendo poucas trocas entre as equipes e articulações para fora desses locais. Para alguns gestores não há trocas de corresponsabilidade entre os profissionais da rede, sendo que o encaminhamento, documento de referência e contra referência são a única informação em relação ao usuário.

Não, a única informação que a gente trocava às vezes era no próprio encaminhamento que o doutor colocava a justificativa. É uma forma de comunicar {...} foi através da justificativa do encaminhamento (G02).

Mas, o que me chateou é que existe um centro pra tratar dessas pessoas com profissionais que a gente considera mais qualificados pra isso, essa pessoa não tinha tido essa possibilidade de falar tudo aquilo que ela carregava com ela há muitos anos, e estava lá dentro, e ela nunca tinha colocado pra ninguém (G04).

Esses retornos vêm quando querem que o paciente seja medicado pelo posto, que o posto forneça a receita, mas e aí, e o acompanhamento desse paciente? (G06).

Em alguns casos o CAPS não garante o cuidado aos seus usuários. A fala de G04 descreve a ausência da escuta terapêutica por parte do CAPS no cuidado de uma usuária e G02 observa a ausência de retorno do CAPS com a unidade de saúde, demonstrando fragilidades nas ações de troca de cuidado. Além disso, as ESF estão sendo usadas apenas como forma de continuidade da terapia de psicofármacos.

Deste modo, atuar na saúde mental dentro de serviços como os CAPS requer dos profissionais afetação, imaginação para transformação do cuidado, fazer mais e diferente das velhas práticas asilares de atenção; é preciso luta destes trabalhadores por uma causa social⁽¹⁸⁾. Assim, a escuta é um dos principais cuidados que deve estar sempre disponível dentro dos CAPS e de outros serviços de cuidado.

Outro ponto importante é a medicalização da saúde mental que precisa ser alvo de discussão entre os profissionais para compreender que as necessidades dos usuários não se restringem a psicofármacos. Em um serviço público, por exemplo, foi identificado um número altíssimo de usuários de psicofármacos, o que fere os objetivos de um cuidado voltado para a autonomia e a cidadania dos sujeitos⁽¹⁹⁾.

Por fim, é necessário um trabalho em rede que deve acontecer de forma comprometida, realizando e estabelecendo trocas de cuidado, informações, flexibilidade e ações conjuntas com o comprometimento na continuidade da terapêutica. Uma rede de atenção para além de encaminhamentos, referência, contra referência e trocas de receitas, estabelecendo um cuidado em conjunto, articulando o território e outros setores, que atenda de forma efetiva às necessidades sociais e de saúde dos usuários e famílias.

■ CONCLUSÃO

A pesquisa trouxe à tona um dilema importante nas políticas públicas de saúde que interferem direto na qualidade do cuidado prestado à pessoa em sofrimento psíquico. Esse dilema refere-se ao conhecimento da rede de serviços e dos dispositivos presentes para além da rede de saúde mental e que são de imensa importância para o cuidado.

A conformação da rede construída pelos coordenadores é composta por serviços formais, mas há uma dificuldade em reconhecer os serviços presentes na rede de saúde mental e intersetorial, e o cuidado fica focado na ESF e no CAPS. Na rede informal, os coordenadores visualizam uma rede diversificada no território e observam a necessidade de fortalecer as políticas públicas para a criação e manutenção de novos espaços informais de cuidado no território. Esse é um dado importante, uma vez que o território é um local significativo e preconizado pelas políticas públicas de saúde para o cuidado.

Em relação às trocas de corresponsabilidade no cuidado em rede, o estudo demonstrou que ocorrem de forma fragmentada, em alguns momentos sem o vínculo e diálogo necessário entre os profissionais, evidenciando a dificuldade dos serviços para o trabalho em rede. Desse modo, observamos que o cuidado ocorre dentro do serviço, porém sem o trabalho em rede que pode garantir a integralidade das ações ao sujeito.

A maioria dos participantes desse estudo foram os enfermeiros coordenadores da ESF. Portanto, o estudo também contribuiu para qualificar a gestão do cuidado desses profissionais, estimulando-os a conhecer melhor os territórios nos quais atuam, os dispositivos informais de cuidado, as necessidades da população que atendem, a fim de que possam construir novos e diversificados arranjos que assegurem acesso e cuidado contínuo em saúde mental no território. Nesse sentido, também ressaltamos que o enfermeiro gestor da ESF pode ser considerado um profissional estratégico para fortalecer a atenção primária enquanto lócus de cuidado em saúde mental e articuladora da rede intersetorial.

Deste modo, o Movimento de Reforma Psiquiátrica ocorre diariamente na busca por um cuidado de integralidade e que o conhecimento das redes de serviços formais e informais se torne obrigatório aos trabalhadores da rede, uma vez que a pessoa em sofrimento psíquico necessita de redes de cuidado que ultrapassem fronteiras. Desse modo, destacamos que o estudo possui limitações por ocorrer em um determinado espaço e com um número específico de coordenadores.

■ REFERÊNCIAS

1. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2011 dez 26;148(247 Seção 1):230-2.

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2011 out 24;148(204 Seção 1):48-55.
4. Olschowsky A, Wetzel C, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(3):591-9.
5. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):584-92.
6. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan.* 2015;15(4):529-40.
7. Melo FAB, Goulart BF, Tavares DMS. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. *Cienc Cuid Saude.* 2011;10(3):498-505.
8. Pinho LB. "ViaREDE" Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
9. Eslabão AD. A conformação da rede de saúde mental na visão dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família [monografia]. Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2012.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: Rio Grande do Sul, Pelotas, censo demográfico 2010: indicadores Sociais Municipais [internet]; 2010 [citado 2015 dez 14]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=431440&idtema=79>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cienc Saúde Colet.* 2012;17(2):555-60.
13. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(2):357-66.
14. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cienc Saúde Colet.* 2014;19(8):3561-71.
15. Silva MLB, Dimenstein, MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq Bras Psicol.* 2014;66(3):1-14.
16. Silva AB, Pinho LB. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(3):420-4.
17. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 661-80.
18. Santos A, Martins H. Um breve percurso na prática de inserção social em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS na Bahia. *Rev Polis Psique.* 2016;6(3):124-44.
19. Ferrazza DA, Rocha LC, Luzio CA. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Rev Interinst Psicol.* 2013;6(2):255-265.

■ Autor correspondente:

Adriane Domingues Eslabão

E-mail: adrianeeslabao@hotmail.com

Recebido: 29.12.2015

Aprovado: 11.04.2017