

A Estratégia Saúde da Família e a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva de gestores e trabalhadores de saúde

The Family Health Strategy and the Psychosocial Care Network from the perspective of healthcare managers and workers

Paolo Porciúncula Lamb¹
Wagner Maciel Sarmento²
Cindy Avani Silva Ceissler³
Millena Raianny Xavier da Silva⁴
Cora Coralina dos Santos Junqueira⁵
Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁶

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família e a Rede de Atenção Psicossocial são importantes componentes da Rede de Atenção à Saúde, sendo essenciais para a garantia do cuidado integral. *Objetivo:* Compreender a percepção de gestores e trabalhadores de saúde acerca do papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial (CAPS). *Metodologia:* Trata-se de um estudo qualitativo e analítico, fruto de uma pesquisa de mestrado profissional em saúde da família, realizada entre janeiro e fevereiro de 2019, em uma capital da Região Nordeste do Brasil. Participaram da pesquisa onze trabalhadores de três equipes de Unidade de Saúde da Família e dois gestores da saúde do município em questão. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas semiestruturadas, que foram apuradas e interpretadas a partir do referencial da análise de conteúdo temática, de Bardin. *Resultados:* Os profissionais reconhecem a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada e coordenadora do cuidado da rede de atenção à saúde para o usuário com transtorno mental, considerando o apoio matricial como estratégia fundamental no processo de articulação e cuidado integral. Apontaram também os entraves para efetivação da política e do trabalho em rede. *Considerações finais:* Diversos desafios são vivenciados diariamente no contexto da atenção à saúde mental, no entanto é fundamental envolver profissionais e gestores e sensibilizar a população para práticas de cuidado que transponham o modelo biomédico.

DESCRIPTORES

Atenção Psicossocial. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

The Family Health Strategy and the Psychosocial Care Network are important components of the Health Care Network, being essential to guarantee comprehensive care. *Objective:* To understand the perception of health managers and workers about the role of the Family Health Strategy in the Psychosocial Care Network (CAPS). *Methodology:* This is a qualitative and analytical study, resulting from a professional master's research in family health, carried out between January and February 2019, in a capital in the Northeast Region of Brazil. Eleven workers from three Family Health Unit teams and two health managers from the municipality in question participated in the research. Data collection took place through semi-structured interviews, which were investigated and interpreted from the framework, of Bardin's thematic content analysis. *Results:* Professionals recognize the Family Health Strategy as a gateway and coordinator of care in the health care network for users with mental disorders, considering matrix support as a fundamental strategy in the process of articulation and comprehensive care. They also pointed out the challenges for implementing the policy and working in a network. *Final considerations:* Several challenges are experienced daily in the context of mental health care, however it is essential to involve professionals and managers and sensitize the population to care practices that transpose the biomedical model.

DESCRIPTORS

Psychiatric Rehabilitation. Primary Health Care. Mental Health.

¹ Mestrado em Saúde da Família – UFPB. Profissional de Educação Física, Secretaria de Saúde do Recife. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - MPSF/RENASF (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID ID: 0000-0002-6712-0168

² Especialização em Residência em Atenção Básica e Saúde da Família – Jaboatão dos Guararapes. Enfermeiro, Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil. ORCID ID: 0000-0003-3410-9381

³ Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Cirurgiã-dentista, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (ESPPE/SES-PE). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública (Doutorado), Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco (IAM/Fiocruz), Recife, Pernambuco, Brasil. ORCID ID: 0000-0002-4077-9245

⁴ Especialização em Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial – SESAU/Recife. Psicóloga Clínica e Docente de Psicologia, Faculdade Centro Sul, Iguatu, Ceará, Brasil. ORCID ID: 0000-0002-5163-1844

⁵ Mestrado em Saúde da Família. Enfermeira, Marinha do Brasil. ORCID ID: 0000-0002-1105-4974

⁶ Doutorado em Saúde Pública – Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco (IAM/Fiocruz). Docente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID ID: 0000-0002-3059-3164.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída em 2011 propõe a criação, ampliação e articulação dos pontos de assistência à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A RAPS visa também a garantir e reafirmar o acesso universal e o cuidado integral dessas pessoas, por meio do acolhimento, do cuidado assistido e contínuo e da atenção às urgências¹.

Além de seus serviços e equipamentos variados, a RAPS está presente na Atenção Primária em Saúde (APS), reafirmando o modelo de base comunitária². A APS é considerada um conjunto de práticas integrais em saúde, destinada a atender às necessidades no âmbito individual e coletivo e é reconhecida internacionalmente como um novo modelo de atenção, centrado no usuário/cidadão³.

No Brasil, a ação prioritária para expansão e consolidação da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴. A reorientação do modelo de assistência operacionalizada pela ESF fortalece as relações de vínculo e responsabilidade mútua entre profissionais, indivíduos e família, através da abordagem centrada no indivíduo e em seu contexto familiar e comunitário⁵.

Nesse cenário, a ESF apresenta-se enquanto ponto estratégico da RAS devido ao acesso da equipe de saúde da família à história de vida dos usuários adscritos, dos vínculos e do território onde moram⁶, sendo estes aspectos fundamentais para a construção compartilhada de saberes no

cuidado em Saúde Mental (SM), auxiliando no acompanhamento do usuário por toda a RAPS, além de propiciar a continuidade do cuidado e expansão da capacidade resolutiva das equipes de forma integrada⁷. Ante o exposto, este estudo objetiva compreender a percepção de gestores e trabalhadores de saúde acerca do papel da ESF na RAPS de uma capital da Região Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e analítico, desenvolvido em uma capital do Nordeste do Brasil, fruto da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculada à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

O estudo foi desenvolvido com trabalhadores de três equipes de uma ESF e dois gestores (Gerente de Atenção Básica e Gerente de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras drogas) do município de Recife, Pernambuco, cujos dispositivos foram escolhidos por conveniência, tendo em vista o reconhecimento de ações no campo da SM.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, por meio de entrevista gravada, tendo como guia um formulário semiestruturado a partir das seguintes questões disparadoras: “Como você compreende e percebe a Rede de Atenção Psicossocial?” e “Qual o papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial?”.

Previamente, ao início das entrevistas, foi realizado um treinamento piloto com dois profissionais da ESF que não foram incluídos

no estudo, de maneira a verificar a adequação e compreensão do roteiro semiestruturado e a adequação do tempo de entrevista e funcionamento do gravador. Em seguida, as entrevistas foram realizadas individualmente, nos locais de trabalho dos participantes, em ambiente calmo e tranquilo, com duração média de 60 minutos, respeitando-se a privacidade do entrevistado e sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Importante salientar que o pesquisador não possuía relação prévia com os participantes da pesquisa, e adotou-se o critério de saturação teórica para encerramento das entrevistas.

O material coletado foi transcrito e submetido à validação (leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações para identificação dos possíveis erros de transcrição) e posteriormente submetido à análise de conteúdo na modalidade temática, seguindo os seguintes processos preconizados por Bardin⁸: a) a pré-análise do conteúdo; b) a exploração do material ou codificação; e c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Para fins de apresentação, os entrevistados trabalhadores da ESF foram identificados pela letra “T” e os gestores pela letra “G” e numerados aleatoriamente.

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB com o parecer nº 2.924.765 (CAAE: 94108918.8.0000.5188).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa contou com a participação de treze profissionais descritos no quadro 1,

com idade variando de 35 a 68 anos, média de 11,9 anos de experiência profissional na ESF; 9 dos 13 profissionais possuíam alguma especialização na área de formação. Em relação ao sexo dos entrevistados, podemos observar que 84,6% (n=11) eram do sexo feminino, o que nos aponta para uma predominância do público feminino na atuação frente ao cuidado em saúde. Quanto à categoria profissional dos participantes da entrevista, três eram médicos, dois enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas e quatro ACS. Os demais eram gestores.

Com base nas entrevistas e nas questões norteadoras, foi possível organizar os resultados em duas categorias: compreensão sobre a RAPS e o papel da ESF na RAPS; sendo esta última dividida em duas subcategorias: o desafio da Clínica Ampliada no fazer profissional e o Matriciamento como ferramenta potencializadora na relação entre ESF e RAPS.

Compreensão sobre a RAPS

Ao indagar a compreensão dos profissionais sobre a RAPS, verificou-se a diferença nos discursos dos trabalhadores e gestores. Nas falas das gestoras, foram destacados aspectos da própria legislação dessa política, como o fato de ser porta de entrada preferencial para o cuidado na RAS e ser uma política estratégica, pensada a partir do território:

Atenção primária também faz parte da atenção psicossocial e ela também seria a porta de entrada, ela teria que ter uma ligação muito forte com a Estratégia da Saúde da Família. (G1)

SM você tem que priorizar como uma política assim, de peso, que tenha capilaridade para dentro dos territórios e que a gente consiga de fato fortalecer e fazer com que ela dialogue e esteja articulada com os demais dispositivos da RAS. (G2)

As normativas da RAPS evidenciam a importância do cuidado em território pautado a partir da APS e ressaltam a articulação de rede como ferramenta essencial para garantia do cuidado integral ao usuário; a política deve ser um norte para pensar as estratégias e ações em saúde e balizar a atuação dos profissionais na rede^{1,9}.

Já os trabalhadores da linha de frente trouxeram uma perspectiva a partir da prática em serviço, levantando desafios e fragilidades dessa rede:

[...] o projeto foi muito bem lançado, muito bem orientado, mas houve uma descontinuação, houve um sucateamento pela gestão, o modelo é bonito, o modelo é funcional, mas por conta do sucateamento ele não é tão funcional como deveria ser. (T3)

Às vezes a demanda do CAPS era reprimida pela sua capacidade de absorver todos esses pacientes... precisaria de um número maior, pois o número de CAPS não foi ampliado. (T4)

Não funciona a contento, a gente ouve toda essa política de desospitalização dos manicômios... E eu achei uma coisa extremamente positiva, mas

acho que a gente não pode tapar os olhos com relação à doença mental. (T8)

Apesar do processo da reforma psiquiátrica, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a expansão de dispositivos de SM em uma rede de base territorial, conforme os objetivos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Plano de Ação de SM 2013-2020¹⁰, houve um aumento expressivo na demanda dos serviços que compõem a RAPS. Diante disso, é evidenciado que os serviços disponíveis para o cuidado de SM mostram-se insuficientes para dar conta das necessidades das pessoas com sofrimento psíquico¹¹.

Papel da ESF na RAPS

Quanto ao papel da ESF na RAS, grande parte dos entrevistados citou como sendo o principal acesso das pessoas ao cuidado e acolhimento no SUS. Além de porta de entrada preferencial, os trabalhadores de saúde e gestores identificaram os serviços de APS como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados na rede de saúde.

Acho que é o ponto inicial... A porta de entrada de toda a rede de saúde. (T5)

Atenção primária também faz parte da atenção psicossocial e ela também seria a porta de entrada, ela teria que ter uma ligação muito forte com a Estratégia da Saúde da Família. (G1)

Eu acho que é um papel central

na coordenação do cuidado, é o papel de longitudinalidade, é a porta de acesso das pessoas. E garantir uma população adscrita, garantir a finalidade do cuidado, garantir acesso às pessoas, um acesso qualificado que avalie risco, avalie vulnerabilidade, mas não só isso: consiga garantir, de fato, a universalidade integralidade, os princípios do SUS. (T1)

Um dos atributos da APS, tendo a ESF como a sua modalidade predominante, é ser o serviço preferencial para o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde³. Na atuação como porta de entrada, a ESF torna-se lugar de procura regular para resolver oportunamente a maior parte dos problemas de saúde da população e direcionar o acesso a recursos especializados; isso tudo atuando, para além da promoção, proteção, prevenção e diagnóstico, como coordenadora do cuidado em saúde entre os níveis de atenção e outros dispositivos de atenção e cuidado do território¹².

Entretanto, dados recentes apontam para um aumento na busca de serviços de pronto atendimento em saúde pública pela população, sugerindo fragilidades na ESF enquanto porta de entrada, interferindo na oferta de longitudinalidade e na garantia de que a USF seja a fonte usual de cuidado³; aspectos que foram identificados pelos entrevistados como potencialidade para o desenvolvimento de ações em SM no território.

[...] acho que se não existisse a saúde da família, ficaria complicado, porque não existiria o vínculo, aqui é onde existe a maior aproximação com os comunitários. (T5)

A potencialidade maior dela é poder tá o mais próximo possível daquele usuário, eu acho que isso, essa proximidade no território e o vínculo que elas podem construir no dia a dia, eu acho que é a grande potência e a gente precisa investir nisso, na construção do vínculo. (G2)

Dar um acompanhamento ao longo do tempo, fazer esse vínculo com as famílias e poder identificar quais são as prioridades do ponto de vista biopsicossocial da comunidade. (T8)

As falas ressaltaram a importância da proximidade e do vínculo, em congruência com Seixas¹³ que defende que o vínculo estabelecido na APS pode melhorar o conhecimento por parte dos trabalhadores de saúde, identificando as necessidades da comunidade e, assim, ser um fator motivador para traçarem-se soluções em equipe, a fim de melhorar a produção do cuidado em saúde nos serviços. Deste modo, o vínculo contribui para a construção e o estabelecimento de relações de afetividade e de confiança entre usuários e trabalhadores de saúde, possibilitando a corresponsabilização do indivíduo no seu processo de cuidado, bem como potencializando as ações terapêuticas¹⁴, algo essencial no campo da SM.

Matriciamento como ferramenta potencializadora na relação entre ESF e RAPS

Os entrevistados abordaram sobre o Apoio Matricial enquanto ferramenta de atuação na RAPS. Pertencentes a

essa rede de cuidado, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é composto por profissionais de diferentes formações, que devem ter seu trabalho orientado pelo referencial teórico metodológico do Apoio Matricial¹⁵. A proposta do Apoio Matricial é fundamental no processo de implantação de ações de SM na APS, pois contribui para as mudanças no processo de trabalho da ESF, na medida em que compartilha tecnologias de cuidado com os profissionais, propõe um espaço interdisciplinar e de corresponsabilização, que amplia o foco de intervenção e diminui os encaminhamentos desnecessários aos CAPS, evitando-se a fragmentação da atenção e a medicalização acrítica¹⁶.

Os participantes da pesquisa compreenderam o Apoio Matricial como ferramenta que garante a continuidade e manejo de casos de SM pela ESF. O matriciamento se configura como uma estratégia positiva e potencializadora do cuidado em SM no território, como relatado nos trechos abaixo:

Os matriciamentos acontecem de forma que os profissionais dos CAPS vão para o território com as equipes, na verdade com a solicitação por algum caso específico, e aí se discute esse manejo em conjunto. Mas a partir daí, daquela expertise apreendida ali, os outros casos semelhantes, eles vão ser conduzidos pela equipe de referência da Saúde da Família. (G1)

O matriciamento é uma ferramenta, um dispositivo que a gente sabe que é potente, que agrega conhecimento,

inclusive que é um momento oportuno para ambas as equipes, no espaço de troca de conhecimento, numa discussão de um caso clínico, tá revendo e agregando conhecimentos. (G2)

Nesse sentido, o matriciamento na SM é a estratégia, no processo de trabalho da ESF, que favorece a longitudinalidade do cuidado, o acolhimento, o vínculo que incrementa a resolubilidade da demanda desse público¹⁷. Além disso, esse processo garante o cuidado ampliado, a interação dialógica de diferentes saberes entre a equipe da ESF e serviço de SM, assim como a participação da população⁶.

Em contrapartida, as gestoras e os profissionais também trouxeram dificuldades de concretização dessa proposta:

[...] por alguns meses os CAPS não realizaram matriciamento na atenção básica, e os que realizam a gente ainda tem pouca capilaridade, isso está relacionado diretamente com dois elementos que a gente não pode deixar de se registrar: que é o déficit de Recursos Humanos nas redes das equipes de CAPS e a questão do transporte para viabilizar o deslocamento. (G2)

Esse apoio de matriciamento é muito pouco, eu acho que, em dois anos, a gente teve uma única reunião. (T3)

E aí a gente não teve mais continuidade de fazer esse matriciamento no caso... (T8)

De modo similar, estudo realizado no Nordeste também verificou desafios referentes à prática do apoio matricial, como: ausência de reuniões de apoio matricial, práticas de matriciamento compartimentalizadas e fragmentadas, pautadas pela lógica do encaminhamento e desresponsabilização¹⁸ e incertezas e distorções em relação ao papel desempenhado.

Além do matriciamento, os trabalhadores da ESF abordaram sobre as experiências de intervenções voltadas ao campo da SM, sendo elas: grupos terapêuticos, Práticas Integrativas e Complementares (PICs), consultas médicas e visitas domiciliares. No entanto, muitas vezes, essas atividades acontecem seguindo uma visão médico-centrada. Contudo, estudo anterior aponta a forte presença da cultura do modelo biomédico na população e em alguns serviços de saúde em relação às práticas de cuidado em SM, apesar da observação de atividades que rompem com a lógica medicalizante¹⁹.

Nós temos o CAPS aqui e nós também fazemos a atenção, temos o grupo de terapia comunitária, nós somos terapeutas, tem o grupo do NASF-AB que é coordenado pela psicóloga que é voltada a questão psíquica. (T11)

Se ele não conseguir vir, aí a gente vai fazer a visita domiciliar, detecta e pede avaliação da psicóloga. (T6)

Têm equipes que fazem um bom manejo dos transtornos mais leves, ditos como depressão, ansiedade, questões de síndrome do pânico no estágio inicial, irritabilidade, que o povo

traduz muito como: 'tô nervoso' e vai pedir remédio pro médico, esses casos mais gerais têm equipes que tratam muito bem. (G1)

No contexto da ESF, outras estratégias são citadas por trabalhadores de saúde para atenção à SM, tais como: pré-consulta/escuta/classificação de risco, orientações, ações de promoção da SM e prevenção de transtornos mentais, assistência por profissionais especializados e encaminhamento para a rede²⁰. Todavia, dentre as experiências relatadas nas entrevistas, ressaltam-se os grupos terapêuticos em saúde como espaços de promoção de cuidado individual e coletivo que contribuem em novas abordagens para compreender o indivíduo em suas diversas dimensões, considerando sua singularidade e subjetividade. Por meio dos grupos, potencializam-se a participação ativa, as práticas dialógicas e as trocas de experiências de vida, com fortalecimento do protagonismo e autonomia desses sujeitos, influenciando-se, assim, seus aspectos biopsicossociais²¹.

Ainda quanto às abordagens, o relato de um dos entrevistados indicou que algumas equipes conseguem desenvolver o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, e, no contexto trazido, de pessoas cujo sofrimento não é considerado grave e de possível manejo pelos profissionais da ESF. Esses transtornos, conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC), referem-se às pessoas que apresentam queixas somáticas, como: irritação, perda de memória, cansaço e fadiga, insônia, concentração prejudicada, ansiedade e depressão, e que podem provocar prejuízos psicossociais para o indivíduo²².

Para além de ações locais, os entrevistados ressaltaram a importância da transversalidade de políticas públicas nas intervenções em SM na APS para além do setor saúde, visto que ações intersetoriais são fundamentais para atender o usuário nas diversas necessidades que se apresentam, seja no âmbito da saúde, seja nos aspectos sociais.

A gente tem a política das pessoas que são portadoras de tuberculose, dos HIV, que são as sífilis e demais DSTs, hanseníase... que são populações que têm interface com público que a gente atende dentro da SM, seja ele com adoecimento psíquico, ou seja, ou seja, ele usuário de múltiplas drogas e também tem a população de rua. (G2)

Para a gente tentar fazer um diálogo entre as políticas e a coordenação de SM, ela entender como atualmente a gerência de atenção básica tá funcionando, e a partir daí trazer ações em conjunto. (G1)

Conforme compreensão dos entrevistados, a intersetorialidade, compreendida por meio da significação de rede, presume-se uma interdependência entre profissionais que compõem setores de diferentes políticas públicas, sendo sinônimo de integração e de articulação. Um dos seus objetivos é garantir direitos sociais e de saúde e, quando ocorre esta integração entre Assistência Social e Saúde, efetivam-se as redes intersetoriais do próprio território, fomentando a participação social e o atendimento de forma efetiva às demandas

complexas da população²³. Entretanto, a intersetorialidade emergiu apenas da fala das gestoras, o que pode sugerir que as estratégias pontuadas não acontecem como esperado no cotidiano dos trabalhadores e do território.

O desafio da Clínica Ampliada no fazer profissional: será que superamos a fragmentação do cuidado?

A complexidade do cuidado em SM aponta para a necessidade do trabalho em equipe com vistas à garantia da integralidade do cuidado. Muitos dos discursos indicaram uma compreensão da clínica ampliada, que reconhece o usuário pela sua integralidade e singularidade, evitando-se, assim, o olhar patologizante.

Ele é um comunitário como qualquer outro, ele tem as outras coisas, ele tem que estar inserida na vida como qualquer outro comunitário, é mesma coisa que um hipertenso, diabético, tem o paciente que é psiquiátrico, ele tem uma patologia, mas ele não é só aquela patologia, a gente tem que ver ele como um todo. (T6)

Entretanto, ainda persistem os desafios de superação da fragmentação das ações, a fragilidade de interlocução entre diferentes setores governamentais, como a saúde e a justiça, bem como entre os três níveis de saúde²⁴. No cenário deste estudo, a prática do cuidado em SM apresenta dificuldades de diálogo e encaminhamentos com os demais serviços da RAPS, centralizando-se apenas nos serviços especializados de SM,

principalmente no CAPS. Tal problema ocorre pela falta de articulação, comunicação, fluxos preestabelecidos e organizativos dos serviços integrantes e pela necessidade de apoio matricial para o trabalho de SM na APS²⁵.

Destarte, outra fragilidade na rede de atenção à SM é a falta de opções de encaminhamento dos usuários em situações de crise, o que torna a assistência fragmentada, sem resolutividade e restrita à APS¹⁶. Os trabalhadores entrevistados perceberam o CAPS como fundamental para o desenvolvimento de ações de atenção psicossocial no âmbito da ESF; no entanto, esses mesmos trabalhadores valorizaram o papel de profissionais especializados em SM, ao passo que não abordaram, ou mencionaram de forma limitada, o cuidado prestado pela equipe mínima que compõe a ESF.

Uma equipe vinha e identificava um caso de SM na comunidade, então a gente acionava a equipe de redução de danos que vinha aqui fazer junto com a gente, com a psicóloga, com a psiquiatra, uma equipe de redução de danos, e a gente ia fazer uma estratégia. (T6)

Antes a gente tinha uma pessoa do CAPS, que fazia esse elo com a gente, ele vinha, participava das reuniões de equipe, ele recebia os casos, eles traziam o retorno dos casos dos pacientes, então era uma coisa muito bem feita. (T4)

O CAPS geralmente não dá conta de toda essa demanda e têm alguns

casos que a gente sabe que não têm especificidade para o CAPS, mas teriam para algum atendimento se tivesse um profissional de SM na comunidade. (T8)

Cabe ressaltar que o CAPS não é o único dispositivo a ofertar o cuidado em SM, e, mesmo que ele desempenhe o papel de articulador e de supervisão da RAPS, essa rede é composta por diversos equipamentos e serviços que possuem um papel importante neste cuidado²⁶.

Sabe-se que, apesar de todos os desafios, a ESF vem sendo postulada como um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, sobretudo no que se refere à promoção e prevenção no âmbito da SM para além das ações unicamente assistenciais²⁷. Dessa forma, os profissionais da ESF também possuem papel fundamental no cuidado integral do usuário, família e comunidade, inclusive quanto aos aspectos psicossociais. Autores ressaltaram que o motivo dos profissionais da APS darem ênfase a profissionais especializados, especialmente psicólogos e psiquiatras, pode estar relacionado ao fato de que, no imaginário social, esses profissionais são responsáveis pela atenção psicossocial, uma vez que esses profissionais são apontados pelos usuários como responsáveis diretos pela sua SM¹⁸. Não obstante, o cuidado biopsicossocial é de responsabilidade de todos os profissionais que compõem a RAPS.

Tal percepção também pode ser evidenciada nas falas que abordaram o NASF-AB, como mostra os trechos a seguir.

Acho que se inicia com o NASF-AB, porque tem a psicóloga aqui, mas não tem psiquiatra no NASF-AB daqui. Então, inicia-se com o NASF-AB através da psicóloga. (T6)

Aqui na unidade tem uma coisa positiva, que a gente tem o NASF-AB que tem uma psicóloga que dá apoio, e dá realmente, a gente organizou um grupo quinzenal que se chama grupo bem viver. (T8)

Apenas o profissional de psicologia foi reconhecido como referência para situações de sofrimento psíquico. No entanto, o trabalho da ESF e a parceria com o NASF-AB são detentoras de grande potencial na produção do cuidado em SM, numa perspectiva de desinstitucionalização, apesar dos inúmeros desafios¹⁸. Porém, recentemente o NASF-AB foi impactado por nova normativa ministerial que retirou seu incentivo financeiro por não ser contemplado dentre as ações estratégicas do Programa Previne Brasil²⁸, o que pode desfazer arranjos potentes de produção de saúde.

Diversas fragilidades foram evidenciadas no cuidado em SM na ESF, que reforçam a complexidade do processo de efetivação das políticas de saúde, as quais, além de contradições e dificuldades, vivem hoje retrocessos²². Apesar dos achados, reconhecemos que este estudo apresenta limitações, pois não foram entrevistados profissionais de CAPS e NASF-AB, pontos fundamentais para articulação e efetivação da RAPS, nem de outras USF, que podem apresentar processo de trabalho diverso. Entretanto, ressalta-se a importância dos

dados que evidenciam uma realidade da atuação e articulação do cuidado em SM na Atenção Primária em Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se afirmar que a ESF é a coordenadora do cuidado e porta de entrada do usuário com sofrimento psíquico na RAPS. Nesse cenário, os profissionais da ESF desempenham papel fundamental na identificação das necessidades do indivíduo por estarem inseridos no território, conhecerem a população e construir vínculos com a comunidade. Assim, a partir do primeiro contato com a rede por meio da ESF, esta consegue acolher e delinear um projeto terapêutico com a articulação de outros pontos da rede, encaminhar para serviços necessários e dar continuidade no seu território.

Os profissionais e gestores compreendem o papel da ESF como porta de entrada da RAPS, ressaltando, ainda, que apoio matricial é fundamental no processo de implantação de ações de SM no contexto da saúde da família. Além do matriciamento, os participantes apontam, como alternativas para ações direcionadas ao campo da SM, os Grupos Terapêuticos, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e as Visitas Domiciliares; tais práticas são direcionadas a atender o indivíduo na sua integralidade e de maneira singular, distanciando-se da atuação biomédica.

Ademais, outros aspectos evidentes para uma assistência de SM resolutiva e eficaz foram a intersectorialidade e a clínica ampliada na garantia dos direitos sociais por diferentes serviços, bem como em atender

as necessidades reais do indivíduo. Em contrapartida, foram identificadas dificuldades de diálogo e encaminhamentos com os demais serviços da RAPS nesta pesquisa, demonstrando-se a fragmentação da rede e os desafios cotidianos vivenciados.

Espera-se que essa pesquisa contribua para incentivar novos estudos na área da SM e fomento de políticas públicas que direcionem

estratégias de cuidado ao usuário com sofrimento psíquico e que perpassem pelos diferentes pontos da RAPS. Tais estratégias poderão trazer mais eficácia no processo terapêutico deste público, assim como nortear a prática dos profissionais a partir de evidências científicas. Almeja-se, ainda, que seja um estímulo para gestão na busca da melhoria dos serviços de SM.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. p.7-74.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
5. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) 2017; 22(64):77-86.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
7. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em Saúde Mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. Physis 2020; 30(4):e300409.
8. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017h. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
10. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cad Saúde Pública. 2021; 37(3):e00042620.
12. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate 2018; 42:244-60.
13. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu) 2019; 23:e170627.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
15. Rodrigues DC, Pequeno AMC, Pinto AGA, Carneiro C, Machado M de FAS, Magalhães Júnior AG, et al. Educação Permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. Rev Bras Enferm 2020; 73(6):e20190076.
16. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. Interface (Botucatu) 2021; 25:e200438.
17. Santos LC, Domingos TS, Braga EM, Spiri WC. Saúde Mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. Rev Bras Enferm 2020; 73(1):e20180236.
18. Santos RC, Bosi MLM. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2021; 26:1739-48.

19. Lamb PP, Brito GEG, Roges AL, Junqueira CCS, Neves RF, Barros SVA, et al. Práticas de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções de trabalhadores. *Research, Society and Development* 2021; 10(2): e45210212674–e45210212674.
20. Garcia GDV, Zanoti-Jeronymo DV, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Percepção dos profissionais de saúde sobre SM na atenção básica. *Rev Bras Enferm* 2020; 73:e20180201.
21. Bastos LF. Grupos terapêuticos como estratégia de cuidado na atenção básica à saúde: reflexões a partir de um CAPS AD [monografia]. Camaçari: FESF-SUS/FIOCRUZ; 2018.
22. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:380–90.
23. Malvezzi CD, Nascimento JL. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersectorialidade nas políticas públicas. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190341.
24. Cavalcanti PB, Dantas ACS, Carvalho RN. Contornos e sinergias entre a política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio. *Textos Contextos (Porto Alegre)* 2011; 10(2):399-410.
25. Bernardes EM, Ventura CAA. A Sociologia das Ausências como Referencial Teórico para a Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental. *Texto Contexto - Enferm* 2017; 26.
26. 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;38(1).
27. Moliner J, Lopes SMB. Saúde Mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saude Soc* 2013; 22(4):1072–83.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CORRESPONDÊNCIA

Paolo Porciúncula Lamb

Endereço: Rua da Hora, 593, Apto 22C

Espinheiro, Recife, Pernambuco, CEP 52020-015

E-mail: Paoloplamb@gmail.com