







A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM BELO HORIZONTE

THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS ABOUT MENTAL HEALTH ACTIONS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN BELO HORIZONTE

LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LAS ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE BELO HORIZONTE

 Nayara Alacoque Coelho¹
 Jacqueline Nascimento²
 Barbara Ianca Barreto²
 Lilian Cristina Rezende²
 Claudia Maria de Mattos Penna³
 Maria José Menezes Brito²

¹Prefeitura Municipal de Betim, Betim, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada - ENA, Belo Horizonte, MG - Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - EMI, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Barbara Ianca Barreto
E-mail: barbaraiancab@gmail.com

Contribuições dos autores:

Aquisição de Financiamento: Maria J. M. Brito; Coleta de Dados: Nayara A. Coelho; Conceitualização: Nayara A. Coelho; Gerenciamento do Projeto: Claudia M. M. Penna; Maria J. M. Brito; Metodologia: Nayara A. Coelho; Maria J. M. Brito; Redação - Preparação do Original: Jacqueline Nascimento; Barbara I. Barreto; Lilian C. Rezende; Redação - Revisão e Edição: Nayara A. Coelho; Jacqueline Nascimento; Barbara I. Barreto; Lilian C. Rezende; Maria J. M. Brito; Supervisão: Claudia M. M. Penna; Maria J. M. Brito; Validação: Maria J. M. Brito; Visualização: Jacqueline Nascimento; Barbara I. Barreto; Lilian C. Rezende.

Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

Submetido em: 01/02/2021

Aprovado em: 24/11/2021

Editores Responsáveis:

 Tânia Couto Machado Chianca
 Janaina Soares

RESUMO

Objetivo: compreender a construção das ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte, sob a ótica dos profissionais em uma perspectiva histórica. Método: trata-se de uma abordagem qualitativa baseada na história oral, fundamentada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Resultados: os dados encontram-se organizados em duas categorias temáticas: "A transição do modelo de cuidado: criação dos CERSAM" e "Dificuldades para a assistência ao paciente em sofrimento mental". O movimento da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte permitiu que os primeiros CERSAMs fossem construídos pautados nos ideais do cuidar em liberdade e centrados no indivíduo com sofrimento psíquico. Ademais, destacou-se a crescente procura pelos serviços seguidos de fragilidades relacionadas ao quantitativo de profissionais nos serviços da rede de saúde, o que constitui lacunas assistenciais. Conclusão: com a criação de serviços substitutivos, pode-se afirmar que houve melhorias advindas da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte. Apesar disso, é necessário levantar propostas de aperfeiçoamento dos serviços da rede de saúde mental, visando diminuir a sobrecarga dos profissionais, seu aperfeiçoamento e a melhoria dos serviços da atenção primária. O ponto culminante será mais integração entre eles, porque haverá assistência centrada no usuário e, conseqüentemente, na família.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to understand the construction of mental health actions in the psychosocial care network of Belo Horizonte, from the view of professionals in a historical perspective. Method: this is a qualitative approach based on oral history, and on the Sociologia Compreensiva do Cotidiano (Comprehensive Sociology of Everyday Life). Results: the data are organized into two thematic categories: "The transition of the care model: the creation of CERSAM" and "Difficulties in assisting patients in mental distress". The Reforma Psiquiátrica (Psychiatric Reform) movement in Belo Horizonte allowed the first CERSAMs to be built based on the ideals of free care and centered on the individual with psychological distress. Furthermore, the growing demand for services was highlighted, followed by weaknesses related to the number of professionals in the health network services, which constitutes care gaps. Conclusion: with the creation of substitute services, improvements were arising from the Psychiatric Reform in Belo Horizonte. Despite this, it is necessary to raise proposals for improving the services of the mental health network, aiming to reduce the burden on professionals, their improvement of primary care services. The culmination will have more integration between them because there will be user-centered care and, consequently, the family.

Keywords: Mental Health; Public Health; Primary Health Care; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: comprender la construcción de acciones de salud mental en la red de atención psicossocial de Belo Horizonte, desde la perspectiva de los profesionales en una perspectiva histórica. Método: se trata de un abordaje cualitativo basado en la historia oral, fundamentada en la Sociología Integral Cotidiana. Resultados: los datos se organizan en dos categorías temáticas: "La transición del modelo asistencial: creación del CERSAM" y "Dificultades en la atención al paciente en sufrimiento mental". El movimiento de Reforma Psiquiátrica en Belo Horizonte permitió construir los primeros CERSAM basados en los ideales de atención en libertad y centrados en el individuo con sufrimiento psicológico. Además, se destacó la creciente demanda de servicios, seguida de debilidades relacionadas con el número de profesionales en los servicios de la red de salud, lo que constituye brechas de atención. Conclusión: con la creación de servicios sustitutos se puede decir que hubo mejoras derivadas de la Reforma Psiquiátrica en Belo Horizonte. A pesar de ello, es necesario plantear propuestas de mejora de los servicios de la red de salud mental, con el objetivo de reducir la carga de los profesionales, su mejora y la mejora de los servicios de atención primaria. La culminación será una mayor integración entre ellos, porque habrá una atención centrada en el usuario y, en consecuencia, en la familia.

Palabras clave: Salud Mental; Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente.

Como citar este artigo:

Coelho NA, Nascimento J, Barreto BI, Rezende LC, Penna CMM, Brito MJM. A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em ____ ____ ____];25:e-1416. Disponível em: _____
DOI PROVISÓRIO: 10.5935/1415.2762.20210064

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental vem passando por modificações e melhorias ao longo dos anos, assim como a concepção do “louco” para a sociedade. As pessoas em sofrimento mental eram estigmatizadas pela sociedade, excluídas e discriminadas por ameaçar a ordem social. E, muitas vezes os “loucos” eram encarcerados nas prisões ou reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia.¹

No final da década de 1970 ocorreram lutas pela democratização da saúde, acatando novas políticas públicas de saúde mental que conduziram ao início da transição do modelo de assistência hospitalocêntrico para o comunitário.² Com a reforma sanitária, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a garantir atendimento integral a todos os cidadãos brasileiros, o cuidado em saúde mental avançou também com a Reforma Psiquiátrica, que alcançou novos modos de cuidar e conduzir a assistência às pessoas com sofrimento mental na rede de serviços de saúde.³

A promulgação da Lei 10.216 de 10 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, buscou regulamentar os direitos das pessoas com necessidades de cuidados mentais, extinguindo os manicômios e buscando incluir as pessoas na sociedade com atendimentos nas unidades básicas e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).⁴

O novo modo de atender rompeu com o modelo tradicional e avançou para o cuidado centrado na pessoa, na compreensão do contexto sociocultural, com práticas voltadas para as necessidades sociais de saúde do indivíduo e coletividade. A atenção às pessoas em sofrimento mental nessa nova lógica de oferta da assistência se instala em redes de atenção à saúde com vistas à atenção integral e à construção de vínculos para garantir acesso, acolhimento e escuta humanizada em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.⁵

Nessa perspectiva, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual se enfoca no cuidado integral e equânime, na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na reabilitação e cura de indivíduo e coletividade adscrito em um território delimitado, sendo a porta de entrada prioritária dos usuários.⁶ A atuação da equipe da ESF busca a articulação com os serviços substitutivos e especializados em saúde mental. A proposta de atuar em rede de atenção à saúde favorece que o cuidado seja realizado e pensado por profissionais capacitados lotados em espaços físicos distintos, especialistas e generalistas, sendo necessária a construção dialógico-co-dialética que permita a integração entre esses serviços.

Dessa forma, para assegurar a efetividade do cuidado, a integração dos serviços vai se constituindo como um caminho promotor de acolhimento e escuta às pessoas com transtornos mentais.⁷ Isso equivale à prestação de um cuidado humanizado e integral, ou seja, que não se volta apenas para as questões psíquicas, mas, também, para os problemas sociais, mentais e físicos.

Parte-se, pois, do pressuposto de que a integração deve ser estabelecida de forma dialógica entre os serviços de saúde para garantir a equidade e integralidade da atenção à saúde às pessoas em sofrimento mental. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi compreender a construção das ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte, sob a ótica dos profissionais em uma perspectiva histórica.

MÉTODO

Trata-se de estudo de história oral fundamentada na perspectiva da Sociologia Compreensiva do Cotidiano com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa possibilita visualizar o objeto de estudo considerando seus condicionantes, sua especificidade e as relações que o permeiam, permitindo analisá-lo e interpretá-lo, incorporando o significado e a intencionalidade dos sujeitos e suas inter-relações estabelecidas.⁸

Assume-se como delineamento metodológico a história oral (HO) fundamentada na perspectiva da Sociologia Compreensiva do Cotidiano.⁹ Tal delineamento apresenta-se na forma de histórias sociais, sob a ótica de seus atores e de suas relações com o universo estudado, e permite revelar suas vivências mediante os relatos dos participantes. A história oral possibilita emergir da memória situações relacionadas ao cotidiano a partir de lembranças na definição de um lugar social e das relações interpessoais construídas.⁹

O cenário deste estudo foi composto de oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) das regionais Nordeste, Pampulha, Oeste, Leste, Barreiro, Venda Nova e Noroeste e nove unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, MG. Nesta capital, os CAPS recebem a denominação de CERSAM. Os CERSAMs funcionam em diferentes regiões, suprimindo toda a cidade, das sete às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive. A lógica de funcionamento ocorre por demanda espontânea e por encaminhamento de outros serviços da rede.¹⁰ A escolha dos serviços se deu de forma aleatória, por meio de sorteio.

Os participantes foram dois médicos, seis enfermeiros, dois técnicos de Enfermagem, cinco psicólogos, dois assistentes sociais e dois terapeutas ocupacionais, com tempo médio de atuação na assistência entre três e 32 anos, na data de realização das entrevistas.

Adotou-se como critério de inclusão a inserção de pelo menos um representante do CERSAM e da UBS por cada regional. Os critérios de exclusão foram: profissionais que atuassem há menos de dois anos nos serviços de saúde, a fim de garantir que a experiência nos serviços possibilitasse o alcance dos objetivos propostos.

A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas individuais orientadas por roteiro semiestruturado. As questões norteadoras foram: a percepção sobre as transformações ocorridas nos serviços de saúde mental, bem como as participações nesse processo e como ocorrem a integração das ações nos CERSAMs e nas UBS. As entrevistas foram realizadas durante os meses de fevereiro a junho de 2017, com duração média de 75 minutos. Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados pela formação profissional, seguido das letras C - CERSAM e U - UBS e o tempo de atuação nos serviços em representação numérica (ex.: enfermeira CERSAM: EC nº; técnico de Enfermagem UBS: TEU nº; psicólogo CERSAM: PSIC nº; assistente social UBS: ASU nº; terapeuta ocupacional CERSAM: TOC nº).

A análise foi realizada segundo a proposta de Bardin, conhecida como análise de conteúdo, que se dá em três etapas cronológicas.¹¹ A primeira é a pré-análise, que envolve a leitura “flutuante” e exaustiva dos documentos coletados e organizados, formando o corpus documental da pesquisa. A segunda fase é a exploração do material, quando são definidas as unidades de codificação, classificação e categorização. Por fim, a última etapa é a de tratamento dos resultados, momento em que são feitas inferências e interpretações desses resultados com a intenção de torná-los significativos, uma vez que se baseiam em discussões à luz da literatura.¹²

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFGM) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer nº 1.840.619). Os participantes autorizaram a divulgação de seus depoimentos mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma voluntária, ficando, pois, cientes dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios que poderiam advir da pesquisa.

RESULTADOS

A análise dos dados resultou na elaboração de duas categorias temáticas. A primeira aborda a transição do modelo de cuidado, culminando na criação dos CERSAMs e na territorialização. A segunda categoria apresenta as dificuldades identificadas pelos profissionais para a assistência ao paciente em sofrimento mental.

A transição do modelo de cuidado: criação dos CERSAMs

A criação do CERSAM em Belo Horizonte ocorreu de forma gradual, regionalizada e pautada na lógica do cuidado no território e em articulação com a APS. Inicialmente o CERSAM dependia dos hospitais psiquiátricos para a assistência noturna. Após a transição para seu funcionamento ampliado, ele passou a oferecer a hospitalização noturna para aqueles que necessitam de intervenções breves.

(...) O Barreiro era a região de BH que mais internava, no Galba, no Raul Soares, por isso que começou pelo Barreiro, aí o CERSAM Barreiro foi o primeiro (EC23).

Foi criando o leste, aí foi uma sequência de CERSAM (...). A gente ainda contava com a ajuda dos hospitais com relação à noite. Então, a gente, às vezes, precisava fazer um contato com o Raul ou com o Galba, para acolher à noite. No outro dia, a gente buscava os pacientes, porque não tinha o leito noturno e não tinha como dormir na família (EC23).

Semanalmente, os profissionais do CERSAM se reúnem com a finalidade de discutir casos e discorrer sobre as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, que são supervisionados por um especialista, pois era a condição para haver um CERSAM na região. EC15 relata que, com o tempo, foram chegando outros profissionais, tais como supervisores mais bem preparados para a atividade.

As supervisões, desde sempre, foi uma coisa meio que condição para o CERSAM abrir. No início tinham os psicanalistas, mas assim, que hoje nem chega perto, depois vieram um pessoal mais preparado, um povo mais fera e dava supervisão para gente (EC15).

Antes da reforma psiquiátrica, as UBS não prestavam assistência aos pacientes com sofrimento psíquico. O processo de desospitalização originou novas perspectivas de cuidado, bem como novos enfrentamentos e desafios para os profissionais dessas unidades.

Sendo a ESF preconizada para ser a porta de entrada do usuário, torna-se essencial que o primeiro contato seja nas UBS. As equipes das UBS, em articulação com os serviços substitutivos e especializados em saúde mental, devem organizar o fluxo dos usuários no território.

ASU31 relata a transição e a procura dos usuários no serviço, tornando a APS referência para o primeiro contato.

À medida que as pessoas iam procurando a unidade, começou a mudar. As pessoas começaram a ter consciência do serviço. Eu acho que elas iam nos hospitais, e os hospitais explicavam para eles do atendimento que estava tendo aqui na unidade (ASU31).

A vinculação mais efetiva das pessoas em sofrimento psíquico nas UBS ocorreu posteriormente, com a implantação da ESF. Segundo EU15, o acolhimento do paciente em sofrimento mental nas unidades não era tranquilo, existia despreparo e resistência da equipe que, com o passar do tempo, tornou-se mais preparada para realizar os atendimentos.

Aí veio o ESF e foi vinculando aos poucos, não foi fácil, porque todo mundo tinha medo de atender o doente mental. Todo mundo morria de medo deles, interessante que hoje é tão tranquilo atendê-los. Muito tranquilo! (EU15).

A estrutura da prestação da assistência regionalizada apresenta-se como facilitadora do processo de trabalho e da integração com serviços da RAPS. Como relatado pelos participantes, a regionalização foi um facilitador para efetivar a transição do cuidado, devido ao fluxo do atendimento ao paciente em sofrimento mental.

Agora, eu recebo o usuário, eu acolho, eu estou no plantão, faço o acolhimento e se acho que ele precisa de ter um acompanhamento no CERSAM, de ter um acompanhamento com a referência técnica eu vou na microrregião dele e faço a inserção dele lá. Nessa microrregião tem os nomes dos profissionais, vou seguindo a lista, entendeu? A primeira pessoa da lista vai receber o usuário, eu faço o agendamento para essa pessoa na região dele (EC15).

A gente não tinha contato com o profissional da UBS, porque eram várias unidades de saúde. Quando a gente começou a participar das microrregiões a gente tem uma área de atuação que é mais definida, você conhece mais os profissionais que trabalha, você discute mais os casos, fica muito mais fácil. Antes da regionalização era complicado (PSIC21).

No entanto, apesar da desospitalização do paciente, a organização da RAPS e a regionalização não foram suficientes para romper com o estigma da saúde mental, uma vez que a assistência permanece ainda fragmentada em corpo e mente. O depoimento de EC23 confirma essa fragmentação, identificando um atendimento preconceituoso e reducionista nas UBS e unidade de pronto-atendimento (UPA), contrário aos princípios do SUS. O participante indica uma justificativa pela ausência de um cuidado integral, como a falta de tempo do profissional nessas unidades.

Primeiro, porque existe um desinteresse muito grande, um preconceito com a saúde mental pelas equipes da UBS. Falou que é doido, não existe outra coisa, outra dor. O doido não tem dor. A questão dele é toda da saúde mental, da Psiquiatria. Então, isso eu acho que existe muito ainda, na unidade básica e na UPA. Isso é fato, e quando o paciente não incomoda eles não têm mesmo nenhum interesse, e tem uma outra coisa também que é o tempo, eles (profissionais da ESF) não têm tempo (EC23).

Apesar da desospitalização do paciente portador de sofrimento mental e a implantação da assistência humanizada, a transição do modelo ainda não garantiu a abordagem integral do cuidado, como reforçado nos discursos dos profissionais. Destaca-se a necessidade de compreender e reforçar a integralidade das práticas e ações em saúde, bem como a integração dos serviços na RAPS.

Dificuldades para a assistência ao paciente em sofrimento mental

Os depoimentos dos participantes revelaram dificuldades que impedem a efetividade da integralidade da atenção. Na visão de EU31, existem verdadeiros “furos” na RAPS, porque eles não conseguem atender a toda a demanda que chega. Devido a isso precisam programar a assistência a casos psicóticos graves.

Porque hoje, o menino está com deficiência de aprendizado, a escola manda para o posto de saúde para tentar arrumar psicólogo, e não é assim. Nós não temos perna para isso. Porque requer um trabalho muitas das vezes familiar, que talvez seja o trabalho do psicopedagogo. Eu não tenho tempo de fazer isso, nem o médico do PSF tem tempo, a gente não tem tempo de trabalhar com esse universo, esse universo é um furo. Porque psicólogo e psiquiatra do posto estão pegando os neuróticos e psicóticos do posto, esse menino não é caso de internação, nem pro CERSAM Dia, nem para o hospital, ele está solto na rede (EU31).

Outra dificuldade identificada por TOC15, que relata tratar-se de um “furo” na rede, são os casos relacionados a autoextermínio. Segundo o participante, as equipes reconhecem esses casos como leves; por isso, devido à alta demanda nas unidades, não realizam atendimento satisfatório.

Tem uns furos, por exemplo, a prioridade da UBS é o psicótico e neurótico grave. Os neuróticos e tentativas de autoextermínio que são por eles mais leves, aquelas que tomam um tanto de remédio ou aqueles que dizem: “eu quero morrer se meu marido não voltar”.

Esses casos, a UBS não tem perna para cuidar e nem a gente aqui no CERSAM vai cuidar. Aí tem hora que eu encaminho até para o serviço de Psicologia das universidades ou vejo se a pessoa tem alguma condição de pagar e encaminho (TOC15).

Foram salientadas dificuldades no que diz respeito à regionalização, como, por exemplo, a criação de vínculo e o encaminhamento de pacientes para outras unidades referência. Essa dificuldade está relacionada ao vínculo estabelecido no acolhimento dos pacientes, como relatado por TOC15, que, ao estabelecer um vínculo com o usuário, torna-se difícil encaminhá-lo para a unidade da região à qual pertence.

O paciente que está muito deprimido, teve tentativa de autoextermínio grave, alguma coisa assim, acaba que eu crio um laço com ele, eu tento amarrar de alguma forma, para ele estar voltando, eu acabo ficando com ele. Porque eu acho difícil, depois de você acolher o paciente, criar um vínculo e falar que ele será encaminhado para outra unidade. Ele fala: “eu não vou para outro não, eu já falei tudo para você”. Então existe essa dificuldade também (TOC15).

Outra dificuldade detectada foi a ausência de estabelecimento de fluxos e de oferta de serviços que abarquem a complexidade da assistência à saúde mental. Tal fato desencadeia sentimentos de frustração para os profissionais da APS, que se veem com a demanda e os casos sem solução, que ficam sem atendimento.

Eu não posso mandar para o CERSAM porque não é caso de CERSAM, eu não posso mandar para internação porque eu não tenho esse fluxo, mas ele está aqui, ele está batendo na minha porta (EU25).

O matriciamento e possibilidade de participação em reuniões entre os serviços foram também citados como dificuldades da integração na rede. EC23, em seu depoimento, diz que precisa existir um apoio gerencial para disponibilizar o profissional para as reuniões, que segundo ele é fundamental para a integração dos profissionais em prol do paciente. TOC14 lista as fragilidades no matriciamento.

Como eu estava te falando, precisa de um desejo gerenciado. O que esse gerente tem que fazer? Possibilitar que o profissional vá onde o povo está, que libere a carga horária para poder estar presente na reunião da UBS. Eu fui e gostei demais.

Porque eu vi as coisas acontecendo, eu vi que era importante. Eu senti como isso é importante para o paciente, a efetividade e a qualidade do trabalho que a gente presta, quando a gente consegue fazer essa interação (EC23).

Isso tem que vir de lá do distrito também, se a gente tem que sair toda vez da UBS ligando e perguntando que dia que é seu matriciamento, porque o matriciamento muda (TOC14).

As dificuldades percorridas pelos participantes como “furos” nos serviços comprometem a integração das ações de saúde mental na rede e impactam negativamente na prestação do cuidado do usuário e de sua família. Para a mudança, é primordial a reorganização no modo de trabalho, da capacitação dos profissionais e da criação de uma rede de diálogos entre os serviços. A organização atual dos fluxos de trabalho, a indisponibilidade de deslocamento dos profissionais e a falta de tempo para os encontros interferem na viabilização da construção da rede de cuidados baseada no diálogo e na troca interprofissional. Isso tanto afeta negativamente os resultados, como desencadeia um sentimento de frustração e de incapacidade do profissional na oferta do cuidado.

DISCUSSÃO

O movimento da reforma psiquiátrica permitiu que os CERSAMs de Belo Horizonte fossem pautados nos ideais do cuidar em liberdade, centrados no indivíduo com sofrimento psíquico e na sua família. Ou seja, baseando-se em um atendimento integral e humanizado, realizado de forma equânime e organizado no território.

As UBS de Belo Horizonte, no que diz respeito à assistência em saúde mental, são compostas de equipes de saúde da família e serviço de saúde mental, constituído por psicólogos.¹³ Atualmente, Belo Horizonte tem 148 UBS distribuídas entre nove distritos regionais de saúde. Cada uma delas conta com uma equipe de saúde mental que, por sua vez, tem um psicólogo atuando diretamente no apoio matricial às equipes de saúde da família. Os psiquiatras estão alocados na equipe do NASF e atendem à demanda de mais de uma unidade básica de saúde.¹⁴ Essa realidade compromete a assistência, uma vez que a equipe de saúde mental das UBS não consegue dar suporte a todos os casos contidos no território. Desse modo, essas equipes se deparam, no cotidiano, com elevado número de casos a que não conseguem dar continuidade, pelo menos não com uma assistência de qualidade.

Constata-se o despreparo de muitos profissionais atuantes na atenção primária para trabalhar com as demandas de saúde mental. A APS dispõe de diversas potencialidades referentes ao acolhimento às demandas de saúde mental. Destaca-se a capacidade de atender o indivíduo de forma integral, como um ser holístico, ser porta aberta de entrada para o acesso à saúde, descentralizado do cuidado médico e que permite ao profissional acompanhar o paciente na rede.¹⁵ Para a concretização das ações na APS, faz-se necessário que as equipes compreendam e utilizem o conhecimento que têm do território, sendo capacitadas para desenvolver os trabalhos extramuros em parceria com os diversos equipamentos naquele território.

A referência estabelecida pela organização do território possibilita o estabelecimento de um fluxo e a criação de vínculo, uma vez que se conhece de perto as singularidades das famílias daquela região bem como o âmbito social. Verifica-se a necessidade de ampliar o acesso por meio de uma abordagem multissetorial e em rede que envolve todos os componentes da RAPS.¹⁶ Nesse contexto, a criação de vínculos representa a possibilidade de espaços de trocas necessárias ao cuidado em saúde mental.¹⁷

Os depoimentos dos profissionais da APS sobre o público atendido revelam elevado número de atendimentos e de diversidade de casos, que compreendem desde doenças físicas e psíquicas em todas as fases de vida. Entretanto, no cotidiano, evidenciaram-se sobrecarga dos profissionais da APS, o despreparo deles em lidar com as questões psiquiátricas e a dificuldade de encaminhamentos dos pacientes que repercute em agravamento dos quadros considerados inicialmente leves. Esse fato reforça a ideia de que o usuário com sofrimento psíquico é exclusividade do serviço especializado. Diante disso, surge no ideário a imagem estereotipada que caracteriza as pessoas em sofrimento mental e que apenas serviços especializados são capazes de atender.¹⁶ Reproduz-se, assim, a lógica de fragmentação do cuidado, que é a dicotomia mente e corpo. Torna-se essencial a integração entre os serviços da RAPS, mediante o entendimento das fragilidades e necessidades de capacitações dos profissionais para atender à diversidade de demandas tanto na APS quanto nos CERSAMs.¹⁸ Os profissionais precisam identificar e compreender as necessidades sociais de saúde, buscando meios extramuros para atuar e transformar sua prática para, juntos, equipe e usuários solucionarem problemas promovendo acolhimento humanizado e fortalecendo a relação vínculos de confiança.¹⁹

Nesse sentido, infere-se a necessidade de incentivar a intercessão entre os serviços que compõem a RAPS,

seguindo o modelo de redes de cuidado, guiado pela territorialização e atuação transversal dos serviços, buscando o fortalecimento dos vínculos e do acolhimento desse usuário. A aproximação das equipes de saúde da família e profissionais dos serviços da rede de saúde mental contribui para a inserção de ações e estratégias de cuidado resolutivo na rede de atenção.²⁰ Afinal, o elemento condutor para a resolutividade da RAPS são a comunicação e o diálogo na rede. Especificamente para a saúde mental, o apoio matricial oferecido pelos NASFs pode potencializar a abordagem e condução de elucidação diagnóstica e terapêutica, fortalecer a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos, estruturar intervenções psicossociais na atenção básica e promover a integração entre serviços especializados.²¹

No panorama geral, é necessário fortalecer políticas públicas de saúde mental, que incluem: o compromisso dos gestores com a expansão da saúde mental na atenção básica; a criação de diretrizes para as ações de saúde mental; a promoção de condições para implantação da saúde mental por meio de contratação de especialistas, bem como qualificar os generalistas para integrar a rede.^{22,23}

Para promover a integração entre profissionais de diferentes serviços e fortalecer as ações propostas na política, a estratégia é o matriciamento, como um novo modo de produzir saúde, mediante a construção compartilhada de propostas de intervenção.²⁴ Esse modelo visa à transformação do modo de saber e fazer em saúde, rompendo a lógica tradicional. São vários os desafios para concretizar o matriciamento entre eles: a organização dos serviços, o rompimento do modelo biomédico e a comunicação intersetorial, o que interfere no fluxo e repercute na resolutividade das ações.²⁵

Os projetos para integração das equipes devem ser mediados por construções dialógicas, no marco teórico-prático da integralidade e das ações ampliadas para além da doença e pela compreensão da realidade. Isso com o sentido de aproximar as experiências existenciais decorrentes do adoecimento mental.²⁶

Enfatiza-se, ainda, a necessidade de ampliar o debate sobre as formas de resistência ao desmonte da Política Nacional de Saúde Mental. A aprovação da Resolução número 32 de 2017 apresenta-se como um retrocesso às práticas antimanicomiais.²⁷ A reinserção do hospital psiquiátrico como componente da RAPS, proposto no primeiro artigo, além de mostrar financiamento mais significativo deste, atua de forma divergente das legislações citadas anteriormente, que preconizam o cuidado no território e em serviços de base comunitária, destacando a transferência dos pacientes internados para a rede extra-hospitalar e o fechamento progressivo desses leitos.

Há tendência à estagnação do ritmo de implantação nos investimentos de serviços de base comunitária, o que contraria a necessidade de integração entre os serviços das RAPs, como tratado neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo utilizou o método da história oral que, por meio de uma abordagem qualitativa, possibilitou compreender a visão dos profissionais sobre suas ações na saúde mental na transição do modelo no município de Belo Horizonte.

Os resultados revelaram que houve grandes avanços na transição do modelo em Belo Horizonte e os profissionais compreendem o modelo de atenção e se esforçam em suas ações para que haja integração entre os serviços na rede. Entretanto, há ainda muitas dificuldades a serem superadas, conceituadas por eles como “furos”, que são obstáculos que perpassam a falta de capacitação para manejo de casos na saúde mental, a grande demanda no cotidiano do trabalho, a falta de suporte na gestão associada à ausência de fluxos e a comunicação ineficaz entre os serviços. Os achados indicam a necessidade de avaliação das práticas realizadas para resolução de problemas relacionada à organização do fluxo e comunicação eficaz entre os serviços para legitimar a construção compartilhada com participação efetiva de todos os envolvidos.

Este trabalho apresentou como limitações a escolha dos componentes da rede de atenção, fazendo-se necessária uma abordagem ampliada dos serviços que compõem a rede como a inclusão de usuários dos serviços, que são atores essenciais para a integração de práticas e saberes em saúde. Indica-se, portanto, possibilidades de outros trabalhos, considerando os diversos níveis de assistência no município e a gestão da assistência e especificidades desse cuidado.

Nessa perspectiva, tem-se a importância de se promover o diálogo entre os serviços, principalmente pelos gestores, para a integração das ações na rede e que possam propor transformações nas práticas condizentes com as necessidades dos indivíduos e sua família, buscando a implementação efetiva do modelo de atenção psicossocial. Além disso, é imprescindível considerar a subjetividade e a singularidade para a continuidade da assistência, possibilitando a construção de novos saberes e práticas que permitam a integralidade e resolutividade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LMS, Chaves MCAC. Condenados pela loucura: o impacto das diretrizes das políticas públicas para a saúde mental na dignidade da pessoa humana. *Cad Grad Ciênc Hum Soc Unit*. 2020[citado em 2021 mar. 25];4(3):113-35. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/facipehumanas/article/view/9887>
2. Cordeiro GFT, Ferreira RGS, Almeida Filho AJ, Santos TCF, Figueiredo MAG, Peres MAA. Atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde no período pré-reforma psiquiátrica. *REME - Rev Min Enferm*. 2019[citado em 2021 mar. 25];23(1228):1-8. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1051102#fulltext_urls_biblio-1051102
3. Radke MB, Ceccim RB. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde Redes*. 2018[citado em 2021 mar. 25];4(2):19-36. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/845>
4. Ministério da Saúde (BR). Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: MS; 2004[citado em 2021 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 144 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno Humaniza SUS*. Brasília; 2015[citado em 2021 mar. 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
7. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc Saúde Colet*. 2015[citado em 2021 jul. 12];20(2):371-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC3LNNsHY3GpWymFMNfDPNy/abstract/?lang=pt>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Maffesoli M. A terra fértil do cotidiano. *FAMECOS*. 2008[citado em 2021 mar. 25];15(36):5-9. Disponível em: <https://revistasletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/4409>
10. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Saúde Mental. 2021[citado em 2021 mar. 27]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais Rev Interinst Psicol*. 2013[citado em 2021 mar. 27];6(2):179-91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003
13. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Atendimento. 2020[citado em 2021 mar. 27]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental/atendimento>

14. Dantas NF, Passos, ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trab Educ Saúde*. 2018[citado em 2021 jul. 12];16(1):201-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QGSHKgRqfzKHMCJ5CHbGj8p/?format=html&lang=pt>
15. Souza MCS, Afonso MLM. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Rev Interinstitucional Psicol*. 2015[citado em 2021 ago. 15];8(2):332-47. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>
16. Storino BD, Campos CF, Chicata LCO, Campos MA, Matos MSC, Nunes RMCM, et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad Saúde Colet*. 2018[citado em 2021 mar. 28];26(4):369-77. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000400369&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
17. Santana TFM, Pereira MAO. O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia. *Rev Enferm UERJ*. 2018[citado em 2021 mar. 28];26:1-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/32305/27755>
18. Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Rev Saúde Colet*. 2016[citado em 2020 dez. 15];26(4):1213-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
19. Queiroz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas - MG. *REME - Rev Min Enferm*. 2011[citado em 2021 jul. 12];15:62-70. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v15n1a09.pdf>
20. Arce VAR, Teixeira CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate*. 2017[citado em 2021 mar. 28];41(3):228-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0228.pdf>
21. Santos LC, Domingos TS, Braga EM, Spiri WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. *Rev Bras Enferm*. 2020[citado em 2021 jul. 12];73(1):1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9Y4zQMgNjk7SB3SqBRhZqRj/?lang=pt&format=html>
22. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc Saúde Colet*. 2015[citado em 2021 mar. 28];20(10):3255-62. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003255&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Lima MC, Gonçalves TR. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab Educ Saúde*. 2020[citado em 2021 mar. 28];18(1):1-21. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462020000100503&lng=pt&nrm=iso
24. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011[citado em 2021 set. 03]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
25. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2019[citado em 2020 dez. 19];23(2):e20180303. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>
26. Fiorati RC, Saeki T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde Debate*. 2013[citado em 2021 set. 03];37(97):305-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZbcgSvY8XtWPBC7ckDXwkrz/?lang=pt>
27. Ministério da Saúde (BR). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília; 2017[citado em 2021 set. 06]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu—o-CIT-n—32.pdf>