

Reforma psiquiátrica com interface no cuidado ao usuário na atenção primária: fluxos, rede de petição e compromisso do enfermeiro na estratégia saúde da família.

Maria Salete Bessa Jorge*

Department of Mental Health Aging, Estadual do Ceará na Area de Sadde University, Fortaleza, Brazil

Abstract

The Psychiatric Reform that took place in the 1970s was consolidated as one of the great milestones with regard to the development of new paradigms in the field of Mental Health. The objective was to analyze how the psychiatric reform produces user care in primary care, indicating the flows, petition network and the nurse's commitment to the family health strategy. This is a qualitative study, in which it is possible to know a phenomenon in the context in which it happens and of which it is a member, capturing the events in research from the understanding of the subjects involved, considering all relevant opinions. The techniques and instruments for collecting the narratives arising from the interviews were carried out with professionals from two Basic Health Units (UBS), with four professionals belonging to one of the health units, and two professionals from another UBS that work as a model post. According to the data obtained, professionals point out that care, even with the psychiatric reform, leaves gaps in mental health care in relation to structures, inputs. Through comprehensiveness, the professionals' vision can be expanded so that they can try to reach the variables and different social contexts of health, linking with the subjects who live there, so that they feel valued and thus build a bond with the professionals who assist them individually and collectively. Continuing education and matrix support are ways to improve permanent education actions and mental health practices, because when they are articulated, they provide necessary subsidies for interdisciplinarity and integrality in the context of the territory's needs, generating repercussions on the population's health and on professional practices. It is concluded that the Psychiatric Reform brought a new form of health care at all levels of health care.

Keywords: Psychiatric reform, Primary care, Mental health, Petition, Commitment network.

Accepted on 04 October, 2021

Introduction

A Reforma Psiquiátrica ocorrida a partir da década de 1970 se consolidou como um dos grandes marcos no que diz respeito ao desenvolvimento de novos paradigmas no campo da Saúde Mental [1]. Esse movimento contou tanto com a mobilização de profissionais da área como também com a participação da população em geral, e possibilitou a construção de um novo modelo de atenção psicossocial engajado em romper com o modelo manicomial vigente.

Para tanto, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações a fim de romper definitivamente com a cultura de institucionalização dos indivíduos que convivem com transtornos mentais.

Assim sendo, nessa nova óptica de ver e de se produzir saúde mental, o cuidado de qualidade, integral e resolutivo passou a ser prioridade e focado em atender as reais necessidades de saúde do sujeito e a possibilitar a sua reabilitação e reinserção ao convívio social como seres com potencialidades tendo sua autonomia e dignidade respeitada [2].

Nesse sentido, vale destacar que a definição de cuidado envolve a complexa singularidade e a diversidade de fatores

que envolve atender as necessidades humanas e as vivências frente ao processo de saúde/doença, não sendo obstante deste modo, que as concepções de cuidado são variadas entre os diversos autores.

Para Merhy e Cecílio, o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital [3]. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõem o que entendemos como cuidado em saúde.

Para Machado cuidado integral e o define como a visão do sujeito como um todo, considerando e respeitando as suas singularidades sociais, políticas e histórica que fazem parte da sua vida e do contexto o qual está inserido de modo que todas as suas necessidades sejam compreendidas e correspondidas.

Ainda, seguindo essa linha, para Pinheiro e Guizardi, a integralidade é indissociável do termo cuidado e este também segundo os autores é o ato de tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento, sofrimento que em geral é ocasionado pela sua fragilidade social.

No entanto, independente da visão do cuidado, este é sem dúvida uma ferramenta importante e deve ser obrigatoriamente prestado com qualidade e humanização para que as ações de saúde sejam eficazes, independente do contexto assistencial em que está sendo ofertado.

. Diante disto, é importante que exista problematização, reflexão e discussão sobre a complexidade do cuidado em saúde mental e sua subjetividade no cenário da saúde na Atenção Primária, possibilitando uma ressignificação e execução de novas práticas do cuidar implicando em soluções efetivas no sofrimento mental enfrentado pelos usuários. Há vários contextos em que a problematização do cuidado em saúde mental pode acontecer, dentre eles, a Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF pode desempenhar um papel importante nos processos de atenção à saúde, pois resgata pontos relevantes para o cuidado: ampliação do vínculo entre usuário e equipe, permitindo o aumento da corresponsabilização no processo terapêutico e a utilização dos dispositivos de saúde tornando-os mais acessíveis e acolhedores. Desta forma, a equipe de saúde e os usuários podem promover a reorientação das práticas de cuidado em saúde mental, processos de trabalho e o compromisso por meio de uma rede integral e longitudinal. Dentre os profissionais que estão na ESF, destaca-se o enfermeiro.

Os enfermeiros são profissionais aptos a atuarem na APS/ESF e podem desenvolver práticas do cuidado em saúde mental. Para que o cuidado aconteça, o enfermeiro necessita englobar a comunidade, família, serviços substitutivos e os outros profissionais da equipe de saúde.

A APS como ordenadora do cuidado, é o nível de atenção à saúde mais próximo das pessoas, comunidade e cenários reais. A APS possui processos e fluxos a serem seguidos com o intuito de interligar os serviços de saúde, como por exemplo, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde da Família, Hospitais, entre outros, que possuem o enfermeiro como profissional que é tido como referência.

Neste sentido, o estudo problematiza questões sobre a reorientação do cuidado e modo de operar os serviços de saúde na APS e sua interface com a saúde mental permitindo trazer proposições que potencializem práticas de cuidado interligadas, responsáveis, profissionais, éticas e humanizadas.

Diante deste contexto, o objetivo principal do artigo foi analisar como a reforma psiquiátrica produz o cuidado ao usuário na atenção primária, indicando os fluxos, rede de petição e compromisso do enfermeiro na estratégia saúde da família.

Methods and Materials

Trata-se de um estudo qualitativo, de compreensão com recorte de um projeto maior intitulado: Política, Gestão e Cuidado com Interface entre Saúde da Família e Atenção Psicossocial: Compartilhamento de Práticas da Equipe de Saúde e do Enfermeiro (a). Em se tratando de pesquisa qualitativa, a escolha dessa abordagem é inferida por direcionar

entendimento, significações que se atrela aos fenômenos e interpretação dos sentidos.

Os estudos qualitativos permitem conhecer um fenômeno no contexto em que acontece e do qual é integrante, captando os acontecimentos em pesquisa a partir do entendimento dos sujeitos envolvidos, considerando todas as opiniões relevantes.

As técnicas e instrumentos de coleta das narrativas advindas das Entrevistas foram realizadas com os profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 4 (Quatro) profissionais pertencentes a uma das unidades de saúde, e 2 (dois) profissionais de outra UBS sendo posto modelo [4]. Os critérios de inclusão foram: profissionais disponíveis no dia da coleta e que demonstraram interesse em participar. Os critérios de exclusão foram: profissionais de licença, atestado médico e férias.

Os dados foram coletados no mês de através de um roteiro semiestruturado de perguntas sobre reforma Psiquiátrica, rede de petição e compromisso e cuidado.

Referente a análise das entrevistas em profundidade, aplicou-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, Inferência e Interpretação.

Na primeira fase de análise, a pré análise, consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheu-se as entrevistas a serem analisados, formulou-se hipóteses e/ou questões norteadoras. As entrevistas foram transcritas integralmente e sua reunião constituiu o "corpus" da pesquisa [5]. Em seguida, procedeu-se a preparação do material, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa.

A fase de Exploração do material foi à etapa seguinte. É o momento da codificação, em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

A codificação compreendeu a escolha das Unidades de Registro (UR), a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. UR é a unidade de significação codificada, a qual caracteriza-se como tema, palavra ou frase. A frequência com que apareceu uma UR denotou importância desta. Já a Unidade de Contexto (UC) refere-se ao parágrafo, que serviu de unidade de compreensão para a codificação da UR e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

A etapa seguinte consistiu na categorização e finalmente as temáticas. Entende-se que as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar

elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem). As temáticas produzidas foram em número de três as quais foram analisadas e ilustradas com falas dos participantes da pesquisa: 1) Cuidado ao usuário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica; 2) Vínculo e Integralidade no cuidado e 3) Ações de saúde mental desenvolvidas em relação Educação permanente e Matriciamento na unidade básica de saúde e 4) Fluxos, Rede de petição e compromisso.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 2.853.335/2018, que atende à resolução n. 466/2012. E, para garantia do anonimato, os participantes foram identificados por letras e números conforme a seguinte.

Results and Discussion

Os resultados foram apresentados em forma de categorias temáticas, conforme a seguir.

Temática 1: Cuidado ao usuário na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica

O profissional aponta que o cuidado mesmo com a reforma psiquiátrica deixa lacunas na assistência em saúde mental em relação as estruturas, insumos gente tenta assistir de acordo com a demanda que eles trazem e sempre buscando a prevenção de doenças.”

“Outro aspecto relevante das lacunas do atendimento por existir carência de médicos por número de equipes que devia estar ativa...com o número de equipes funcionantes, para suprir a necessidade da comunidade, [a mesma teria mais atenção], haveria mais compromisso dos profissionais das equipes, para que o atendimento mais eficiente.”

A figura do médico culturalmente é fortemente interligada a uma melhor assistência no serviço, como mostra o relato produzido pela própria profissional médica da UBS.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde e usuários constituem laços estabelecidos de forma desafiadora, mas que se tornam essenciais para reorganização da política de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Salienta-se a importância do desenvolvimento de intervenções em equipe qualificadas e interprofissional, com apoio familiar, atividades que englobem todos os atores sociais, os serviços de referência e contrarreferência, almejando o desenvolvimento de ações efetivas no processo de manejo e enfrentamento do sofrimento mental e práticas de promoção, manutenção da saúde mental. Desta forma, rompe-se com o cuidado fragmentado e voltado para o lado da patologia, compreendendo que o sujeito está inserido em um contexto social, econômico e cultural, que é singular e que possuem formas diferentes de fazer e promover saúde mental [5].

As práticas de saúde realizadas na APS devem buscar desfragmentar o conhecimento e implementar ações interdisciplinares e intersetoriais, contextualizadas no cenário

onde as pessoas estão inseridas e focadas no processo saúde-doença, objetivando consolidar o direito à saúde, em estreito diálogo com diversos profissionais inseridos na atenção primária à saúde.

Considerando a carência de recursos humanos, sobretudo do profissional médico, na composição das equipes da ESF é apontada como um dos problemas estruturais que interfere diretamente e de forma prejudicial na dinâmica de funcionamento do serviço como expressa na fala: “(...) geralmente a Equipe da UBS é constituída de enfermeira e médico, mas atualmente só consta enfermeiro, devido o déficit de médico (E.-UBS).

Apreende-se nas falas que as principais queixas para o cuidado qualificado se relacionam a falta de profissionais médicos, tendo que enfrentar o cuidado somente com técnicos, que avalia, encaminham e classificam as queixas agudas e a “classifica por cores, em amarelo, vermelho, verde. questão da prioridade” (E.-UBS).

Outro ponto agravante do atendimento, quando se tem uma equipe sem médico precisa pedir ajuda em outra unidade e então fazer o fluxo para o atendimento. Para Magnago e Pierantoni a importância da estruturação adequada da ESF como fator crucial tanto no manejo das demandas como também na prestação de uma assistência mais resolutiva e capaz de reduzir a busca por atendimentos mais complexos e o uso descontrolado de medicamentos e da alta tecnologia.

A equipe multiprofissional na APS tem como objetivo proporcionar a todos os profissionais a oportunidade de interação em atividades de concepção e implantação de novos planos, para tanto é necessária uma prática profissional com condições adequadas e sem déficits profissionais, materiais e insumos.

Os pesquisadores acreditam que equipe multiprofissional pode reduzir impactos negativos na assistência à saúde buscando garantir a qualidade da assistência, como uma oportunidade de troca de saberes e práticas interdisciplinares que podem potencializar as práticas de intervenção no processo saúde-doença, sem sobrecarregar os profissionais na sua atuação. Diante disto, há uma necessidade de uma equipe completa para atender as demandas das pessoas que necessitam de cuidados, como refere a reforma psiquiátrica.

Temática 2: Vínculo e Integralidade no cuidado.

A integralidade é um método de expandir a visão dos profissionais para que eles possam tentar alcançar as variáveis e diversos contextos sociais de saúde, concatenando com os sujeitos que ali vivem, para que se sintam valorizados e assim construam um vínculo com os profissionais que os assistem de forma individual e coletiva. Neste sentido, o vínculo e integralidade são fatores importante de serem discutidos, conforme mostra relatos a seguir.

“O vínculo é construído ao longo do tempo com o conhecimento, onde a gente vai adquirindo a confiança do usuário, tentando fazer atividade em cima disso, e com isso a gente vai fidelizando os usuários na medida que eles vão tendo

confiança no nosso serviço e aí ele vai perdurando por um tempo maior, de atividades, a gente consegue ter uma referência e uma contrarreferência maior com se tem esse vínculo muito bem-informado.” (F.- NASF)

“A gente tenta garantir o vínculo, procura direcionar para equipe.... enfermeiro, médico e o agente de saúde também tá sempre fazendo essa fonte. Agora no projeto terapêutico aí fica mais difícil porque a gente nem sempre consegue garantir que eles, como é que se diz... aderirem à terapêutica que a gente orienta, as vezes eles querem fazer do jeito deles mesmo. (Enfermeira 1-UBS)

Alguns usuários, na sua maioria não aderem ao tratamento ou diretiva do profissional, podem ser influenciados por determinantes sociais e culturais.

O modo de como querem ser assistidos e ao negarem as prescrições dos profissionais, os usuários resistem e produzem tensões, o que precisa ser compreendido pelo profissional, e até que ponto este tem poder sobre sua decisão. Sendo assim, o processo de cuidar em saúde precisa ser pautado na autonomia das pessoas. O vínculo necessita ser construído tendo como ideais: promoção da saúde, ajuda mútua e solidária, excedendo as fraquezas e ensejos de quem cuida e de quem é cuidado, humanizado, tendo em foco um padrão de relação contratualista consistindo em um compromisso com a saúde das pessoas que utilizam o serviço. Necessita-se de uma construção democrática da construção do vínculo, respeitando a singularidade de cada sujeito e as competências técnicas e científicas dos profissionais, sem ferir a dignidade de cada ser.

A integralidade é concebida como um dos princípios estruturantes do SUS que como aponta Canut tem a atenção primária como seu locus privilegiado para o seu exercício. Nessa linha, é perceptível pela narrativa logo a seguir, que os profissionais das UBS já têm uma noção do significado do cuidado integral ao sujeito, mesmo que isso não signifique colocar em prática o uso dessa ferramenta assistencial.

“...eu vou falar por mim...às vezes eu sou um pouco negligente nesse ponto, eu foco só ali na doença, principalmente quando eu tô no acolhimento, na demanda espontânea, porque a fila é muito grande aí não dá tempo da gente ver outros pontos, aí a gente foca muito na doença. Muitas vezes é. a questão social, familiar, essas coisas.... eles chegam aqui querendo mais é ser ouvido, mas, às vezes a gente não tem tempo para isso, às vezes eles vem e a gente dá orientação ali e eles já saem contentes....” (Enfermeira 2-UBS)

“A integralidade é a garantia dele todo né não ver só a questão da Saúde mas também vê a questão do contexto social porque isso interfere, ver a questão socioeconômica e tudo, ver o paciente como um todo né...? Vamos supor que ele tem algum problema mental... mas ele também não vai ser visto não só na questão da doença mental em si, vai ter que ver o todo, o contexto familiar ao redor, aonde ele vive, e integrar todas essas ações assim para melhoria desse paciente. (Enfermeira 1-UBS)

Observa-se quanto a fala sobre as práticas nos serviços no que se refere à saúde, a profissional não conhece as rotinas e

atividades dos serviços de saúde onde trabalham na fala seguinte:

“Eu acho que o plantão psicológico é só da área do posto e a terapia comunitária não sei como funciona.”

“Nós temos uma interdisciplinaridade dentro da unidade também com nasf muito boa, a equipe, ela se articula muito bem com outros profissionais, com a gestão, também muitos grupos já acontecem, é a alguns anos, então assim consegue oferecer pra eles muitos serviços né de uma forma assim bem integral, nós trabalhamos desde o pilates, auricoloterapia, prevenção de doenças né, de doenças crônicas, alguma sala de espera.”

Na prática profissional, há um imbróglio que é se pensar na integralidade da atenção, idealizada em rede, que conecte a integralidade focada em um processo de trabalho em rede e articulado com a Inter profissionalidade, de forma a evidenciar a integralidade ampliada que se concretiza em uma rede de serviços de saúde.

A integralidade precisa ser problematizada com o intuito de propor (novas) práticas de saúde mental para a equipe de saúde, seu intuito é mostrar que a construção da integralidade não acontecerá em um único ambiente, pois ela só se concretizará por meio de um esforço intersetorial e que respeite as singularidades dos contextos sociais.

Temática 3: Ações de saúde mental desenvolvidas em relação Educação permanente e Matriciamento na unidade básica de saúde

A educação permanente e o matriciamento aperfeiçoam as ações de educação permanente e práticas de saúde mental, pois quando estão articuladas fornecem subsídios necessários para a interdisciplinaridade e integralidade contextualizadas as necessidades do território, gerando repercussão na saúde da população e nas práticas profissionais. Nesta perspectiva, tem-se a necessidade de trabalhar ações de saúde mental, educação permanente e matriciamento na unidade básica de saúde de forma assertiva, entretanto, muitas vezes este objetivo não é alcançado.

Conforme o relato extraído da fala de uma das enfermeiras do serviço, existe muitas vezes barreiras na continuidade de atividades terapêuticas, no caso referido o entrave se dá pela ausência do profissional psicólogo na unidade.

“tinha uma terapia comunitária mas foi cancelado, era até uma psicóloga do CAPS que fazia, mas já tá mais ou menos com alguns meses, média de 4, 6 meses que foi suspensa não sei dizer qual motivo, porque a gente nunca se encontrava , era horário diferente do meu, era a única ação que a gente tinha de saúde mental ...” (Enfermeira 2-UBS)

“não tem não, a gente tem só mesmo a questão do acolhimento aos pacientes ,a questão do matriciamento e antigamente a gente tinha um grupo de pacientes ansiosos esse grupo foi extinto porque faltou um profissional psicólogo mas em outros anos a gente teve essa atividade com os pacientes que eram de transtornos leves de ansiedade, uso de medicamentos para

aliviar o uso de psicotrópicos Diazepam, a gente tinha, mas realmente a demanda em inchou e a gente não tendo mais esse tempinho e fora a carência de outros profissionais para se ter uma base não adianta você pegar, lidar com esses pacientes se você não tem também uma segurança uma pessoa para poder está respaldando você na questão da conduta, então a gente precisa também disso mas a gente só se limita ao acolhimento, estudo de caso, mas atividade educativa, a terapia de grupo.” (Enfermeira 1-UBS).

A fala dos profissionais vem direcionada a uma saúde mental atrelada a um profissional específico como psicólogo ou psiquiatra de forma verticalizada e não de forma transversal a todos os profissionais, assim como preconizada na atenção primária.

Percebe-se que as proposições de integração multidisciplinar ainda são pouco problematizadas na realidade dos serviços, pois é evidente que não há clareza ou assimilações simplificadas, ocasionando assim pouca produção de democracia e horizontalidade das relações (JAFELICE; MARCOLAN, 2018). Há uma carência da prática compartilhada de saberes e do empoderamentos dos profissionais como seres atuantes no processo saúde-doença em saúde mental.

“No momento não tá sendo realizado específico na mental por que não tem profissional específico pra isso” (Fisioterapeuta 1-NASF)

“Nesse serviço está havendo atendimento em Psiquiatria clínica, certo? Está já se mexendo para terapia comunitária e não podemos dar um suporte muito eficiente, porque não tem uma equipe de saúde mental... apenas o médico consegue atender algumas situações, mas as mais difíceis têm que ser encaminhadas mesmo para o Caps, hospital.

Essa fala além de evidenciar um problema estrutural também conota a dificuldade e até mesmo a falta de interesse de outros profissionais de se envolver no desenvolvimento de atividades terapêuticas. Destacam, por exemplo, que os enfermeiros com frequência apresentam essa dificuldade de reinventar suas práticas de saúde. As provocações justificam a relevância de diálogo com equipes que trabalham nas perspectivas multi, inter e transdisciplinares sobre as dificuldades vividas no contexto da saúde mental. Sendo assim, urge a necessidade problematizar o papel transformador dos profissionais e emponderá-los sobre saúde mental.

Há um desvinculamento da saúde mental da atenção básica pelos profissionais, o que é de fato preconizada pelo ministério como referência dos casos leves. A educação permanente em Saúde Mental é uma forma potencializadora dos espaços de formação em serviço, pois possibilita benefícios como: reflexão crítica sobre a relação com o trabalho e cuidado em saúde/saúde mental; com o aprender e ensinar; integração entre teoria e prática facilitando a aprendizagem

Porém, há uma dificuldade da realização da educação permanente em saúde mental, conforme relatos a seguir:

“Não, eu fiz há muito tempo mesmo, mas nessa gestão atual não.”

Tinha um treinamento por nível, aí faziam multiplicadores e depois as pessoas iam atuar nos postos saúde né, nos seus diversos PSF.

A formação em saúde mental em relação aos profissionais da ESF, uma vez que ainda não tenham ferramentas suficientes na graduação, tem acontecido de forma prática com as demandas de sua realidade, através de outros profissionais, como por exemplo no momento do matriciamento. Além disto, a educação em saúde mental permite novos contornos de fazer saúde e, em específica, de abrolhar conhecimento repleto de sentido a partir da valorização das mais distintas experiências e saberes de um determinado contexto. Diante disto, deve-se estimular a problematização da educação em saúde mental e do matriciamento, pois seu potencial é transformador na forma como as práticas de saúde são desenvolvidas.

O Matriciamento na unidade básica de saúde é importante, pois permite conhecer melhor a história de vida e o contexto social de cada pessoa e suas particularidades, incentivo a participação da comunidade para colaborar na melhoria do acesso aos serviços de saúde, fortalecer o vínculo entre população e profissionais da ESF, entre outros benefícios. Para um matriciamento efetivo é necessário a participação multidisciplinar, entretanto, as falas dos sujeitos demonstram entraves.

“A gente tem o matriciamento, que tá ajudando bastante com relação aos clínicos para saber pelo menos como manejar, mas já chegou aqui no acolhimento paciente com crise de abstinência que a gente ligou para o psiquiatra e tinha que encaminhar, não tem mais o reforço do CAPS aqui, aí tem que encaminhar pra Messejana, não tinha pra médico para atender paciente aqui, não tinha.” (Enfermeira 1-UBS)

“Tem matriciamento uma vez por mês, no meu caso vai só o médico porque é só um profissional de cada equipe nas equipes que não tem médico os enfermeiros que participam, a gente consegue ter acesso.” (Enfermeira 2-UBS)

O matriciamento irá ocorrer de modo efetivo na prática, quando se tem o apoio da coordenação/gestão refletindo assim na realização pelos profissionais no que corresponde a integralidade do cuidado, intersetorialidade e autonomia. O matriciamento ajuda na gestão do trabalho em saúde, almejando a ampliação das probabilidades de alcançar uma clínica ampliada e a integração entre diversas profissões e especialidades necessárias para o cuidado em saúde mental de forma dinâmica e interativa das equipes e profissionais de referência. Desta forma, têm-se a necessidade da participação dos profissionais de forma multidisciplinar e interdisciplinar para atender as necessidades dos sujeitos de forma integral.

Temática 4: Fluxos, rede de petição e compromisso

Nesta temática são mostrados e discutidos aspectos relacionados a saúde e atenção à saúde mental, demandas, relações e vínculos a serem construídos, reconstruídos e

estabelecidos através dos fluxos nas redes de cuidado e assistência à saúde mental.

As Redes de Cuidado e Assistência à Saúde, almejam englobar os diversos níveis de atenção através de fluxos, redes e compromisso mediadas pela ESF, a responsável pela gestão/autogestão do cuidado do paciente e acesso organizado e sistematizado aos demais níveis do sistema de saúde de acordo com os ideais da clínica ampliada. O conhecimento dos fluxos e redes de petição deve ser conhecido pelos profissionais de saúde com o intuito de proporcionar o cuidado integral e longitudinal dentro do sistema de saúde de forma que possibilite o acompanhamento do sujeito dentro do sistema, conforme relato a seguir.

Mas a gente tentava ao máximo fazer essa parceria, realmente a gente ficou com muitos pacientes ficando só lá no posto, só na nossa equipe, sendo acompanhado por nossa equipe, só que claro tinha alguns que eu tinha que ir para o CAPS, mas a nossa referência, contra referência, nunca funcionou bem, tava engatinhando né, existe dificuldade de chegar até a gente, lá no posto, que a gente tem um domínio muito grande da nossa população, quanto mais eles chegarem até o CAPS né”.

eu tento ao máximo resolver o problema do paciente e para isso eu, eu realmente, eu falo com o médico, eu falo com a outra colega enfermeira, eu tento resolver, eu ligo pro agente de saúde nem sempre é encaminhando para a consulta médica não, mas é sempre tentando mesmo resolver, mas quase sempre eu preciso do apoio de outro profissional e isso realmente eu ligo, eu busco, eu mando mensagem, eu tento para a minha coordenadora, então a gente faz sim existe sim essa integração lá das redes sem eu nem saber o que era mas existe e faço diariamente e acho que todos os profissionais ali do posto” (Enfermeira 1-UBS).

“ Isso independente de saúde mental, em todas as demandas, tá certo, que eles necessitam, ele não tá conseguindo agendar consulta, não sei o que, aí eu vou converso com um profissional, conversa com outro, então dentro do posto a gente consegue fazer legal isso aí.

A integralidade do cuidado solicita a reconfiguração de práticas de saúde mental, de forma a originar o vínculo, acolhimento e autonomia, apreciando as subjetividades intrínsecas as necessidades individuais das pessoas de modo a propor intervenções resolutivas por meio da articulação entre profissionais-gestores-sistemas-usuários proporcionando a continuidade do cuidado no sistema e serviços de saúde. Compreende-se que a integralidade do cuidado à saúde, leva em consideração diversos fatores que necessitam da reflexão e criticidade por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, principalmente dos profissionais que necessitam estar atentos e sensíveis a estes fatores para desenvolver práticas equânimes de saúde, como por exemplo, educação, assistência, social, condições econômicas, cultural e de reabilitação.

Além disto, os profissionais necessitam articular os níveis de atenção à saúde e a forma de referenciar os sujeitos que necessitam de cuidados, proporcionando assim, um cuidado

intersetorial onde aconteça a referência e contrarreferência dos sujeitos e informações. A rede de petição e compromisso é importante na integralidade do cuidado.

Através da rede de petição e compromisso é possível conhecer a micropolítica institucional. Esse conhecimento dar-se-á através dos tipos efetivos de contrato bem como dos compromissos estabelecidos entre os vários sujeitos institucionais envolvidos realizam entre si. Alguns desses compromissos é um processo silencioso que obedecem a padrões específicos.

A rede de petição e compromisso reproduz os pactos e demandas que acontecem entre os diversos atores no processo de produção da saúde. Funcionando como questionadora da rede de conversas, proporcionando a identificação dos ruídos presentes nestas relações. Proporcionando a descrição das relações intra e inter institucionais, revelando as repulsas e hostilidades entre os diversos sujeitos no cenário.

Nada obstante, os serviços públicos de saúde no Brasil são caracterizados pela compartimentalização e interrupção do cuidado em saúde mental, em consequência da vulnerabilidade na articulação entre os gestores dos serviços de saúde, profissionais e usuários Neste sentido, torna-se necessário (re)pensar como estas práticas devem ser articuladas e implementadas na realidade para que se tenha um cuidado em saúde mental integral, longitudinal, equânime e que atenda às necessidades individuais e da coletividade.

Conclusion

A Reforma psiquiátrica trouxe uma nova forma de cuidar em saúde em todos os níveis de atenção à saúde. A APS como ordenadora do cuidado mostra seu papel transformador, pois é o nível de atenção que os profissionais estão em contato mais próximo com os sujeitos, entretanto, a saúde mental ainda é trabalhada de forma incipiente.

O cuidar em saúde mental é complexo e requer uma visão integral e longitudinal que sofre interferência de diversos fatores socioeconômico, cultural e assistencial. Percebe-se que os profissionais encontraram dificuldades em compreender os fluxos, a rede de petição e compromisso. Neste sentido, sugere-se que os gestores pensem em atividades de educação permanente e educação em saúde para os profissionais e usuários dos serviços de saúde, como por exemplo, cursos, seminários, palestras, salas de espera, grupos de discussão que estimulem o aprendizado e a sensibilização dos papéis de cada pessoa e da coletividade na atenção à saúde mental.

References

1. CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, 2017;41:1177-1186.
2. CECILIO, L.O; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34:3-18
3. JAFELICE, G T. MARCOLAN, J.F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de

- São Paulo. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018;71:31-8.
4. MAGNAGO, C. PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). Saúde debate, Rio de Janeiro. 2015;39:9-17.
 5. MENDONÇA, S.M. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. Rev Bioét Brasília. 2019;27:45-48.

***Correspondence to**

Maria Salete Bessa Jorge

Department of Mental Health and Aging

Estadual do Ceará na Area de Sadde University

Fortaleza

Brazil

E-mail: cybellelinard@yahoo.com.br