
ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO ÀS CRISES

Karoline Andrade

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Maria Terezinha Zeferino¹

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Marcelo Brandt Fialho

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Brasil.

RESUMO. O objetivo deste estudo consistiu em conhecer a articulação entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado às situações de crise em saúde mental, na visão dos seus trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com base em 62 portfólios elaborados pelos alunos do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, respondendo à questão reflexiva: "Considerando seu local de trabalho como ponto da RAPS/RUE, descreva, reflita e elabore uma síntese sobre como se dá a articulação com os demais pontos da rede na realidade do seu município". Os dados foram analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temático de Bardin, que compreende três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento das informações, inferência e a interpretação. Os dados resultaram em três categorias temáticas: encaminhamento, modelo tradicional de cuidado, o qual evidenciou o encaminhamento inadequado gerador de um cuidado fragmentado; matriciamento, a proposta atual, que traduz uma estratégia de articulação que contribui para o cuidado prestado ao usuário; e novas estratégias, exemplificado por encontros que abordam novas maneiras de viabilizar o cuidado em rede. Considera-se que a articulação entre os serviços de saúde é de extrema importância para um cuidado humanizado e integral ao usuário. Para tanto, faz-se necessário que os trabalhadores tenham conhecimento da sua rede de apoio, bem como utilizem meios de se integrar à mesma, seja por reuniões, capacitações ou encontros que favoreçam a troca de experiências.

Palavras-chave: Saúde mental; serviços de saúde mental; intervenção na crise.

COORDINATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK FOR MENTAL HEALTH CRISIS

ABSTRACT. This research aimed to investigate the coordination of the psychosocial care network (RAPS) for mental health crisis care, in its workers' view. It is a descriptive exploratory study with qualitative approach. The study was carried out from 62 portfolios made by the students of the Mental Health Crisis and Urgency Course, who answered the reflective question: "Considering your workplace as a point of RAPS / RUE, describe, reflect and write a text with the synthesis regarding the articulation with the other network points in the reality of your municipality". The data were analyzed according to Thematic Content Analysis method suggested by Bardin, which comprises three phases: Pre - analysis, Material Exploration and Treatment of the Information, inference and interpretation. As a result, three thematic categories were identified: Referral, the traditional way of referring to specialized care, which is associated to a more fragmented care process; Matrix support, the current proposal of collaborative care, a joint strategy that contributes to the complex care demanded by mental health services users; and new strategies for network care, exemplified by meetings or sessions that discuss new ways to enable the network care.

Keywords: Mental health; mental health services; crisis intervention.

¹ E-mail: tzeferino@hotmail.com

COORDINACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA EL CUIDADO A LA CRISIS

RESUMEN. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre los puntos de la Red de Atención Psicosocial para el cuidado de las crisis en salud mental, a la vista de sus trabajadores. Es una investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo. El estudio recurrió a 62 carteras realizadas por los estudiantes de la crisis de salud mental y Curso Urgencia que respondió a la pregunta reflexiva: "Teniendo en cuenta su lugar de trabajo como punto de RAPS/RUE, describir, reflexionar y elaborar un resumen de cómo es la relación con los demás puntos de la red en la realidad de su municipio". Los datos se analizaron según el método de análisis de contenido temático sugerido por Bardin, que consta de tres fases: Pre - análisis, exploración y tratamiento de la información, la inferencia e interpretación de lo material. Como resultado se identificaron tres categorías: Referencia, la forma tradicional de hacer referencia a la atención especializada, que se asocia a un proceso de atención más fragmentado; Ayuda matricial: la propuesta de la época, haciendo de esta una estrategia conjunta que contribuya a la atención proporcionada al usuario; y Nuevas estrategias para el cuidado en red, ejemplificadas por las reuniones o sesiones que tratan sobre los nuevos modos de activar el cuidado de la red.

Palabras-clave: Salud mental; servicios de salud mental; intervención en la crisis.

Introdução

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo resultado de intensa e importante mobilização social na direção da ampliação do acesso à cidadania no país. Com os objetivos de implementar a determinação constitucional e regulamentar o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos, instituições e fundações mantidas pelo poder público e buscando unificar as diferentes ações, programas e serviços de saúde, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei n. 8.080, de 1990 (Fountora & Mayer, 2006).

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: universalidade, que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Dessa forma, o indivíduo tem direito de acesso a todos os serviços de saúde; equidade, que busca garantir ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso, independente do indivíduo, pois, perante o SUS, todos são iguais; e integralidade, que se trata da integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos. Ou seja, as ações de saúde devem ser articuladas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura da doença, sendo que o indivíduo deve ser atendido integralmente, e não de forma fragmentada (Fountora & Mayer, 2006).

Por outro lado, desde o final da Segunda Guerra Mundial, em diversos países ao redor do mundo, foram se estruturando movimentos que buscavam a reorientação do modelo de atenção à saúde mental. No Brasil, esses movimentos tomam corpo no final dos anos 1970, associados à luta pela redemocratização do país, e defendem que as pessoas que sofrem com transtornos mentais têm o direito de serem cuidadas em liberdade, em oposição à lógica manicomial, predominante nas ações e serviços de saúde ofertados na época. No decorrer dos anos, esse ideal foi a origem de diversos questionamentos e mudanças que tinham por objetivo a garantia dos direitos dessa população, especialmente vulnerável, e gerou o que veio a ser denominado como o movimento de reforma psiquiátrica (Amarante, 2008).

Em 27 de março de 2001, promulgou-se a lei n. 10.216/2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que representou significativo avanço na garantia legal dos ideais do movimento antimanicomial brasileiro. Essa lei trata dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais, reconhecendo-as como cidadãs e regulamentando suas relações com profissionais de saúde, do direito, com a sociedade e com o Estado (Lei n. 10.216, 2001).

A atual política nacional de saúde mental do Brasil é reconhecida por organismos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Tem por diretriz a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, substituindo a centralidade dos hospitais psiquiátricos por uma ampla e diversificada rede de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre outros (Amarante, 2008).

Mais recentemente, o reconhecimento da mudança do perfil epidemiológico de adoecimento no país e a necessidade de se garantir a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, dentre outros motivos, impulsionaram a organização da oferta de ações e serviços de saúde pelo SUS por meio de redes de atenção. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria n. 4.279, 2010, p. 2). Foram instituídas também algumas redes temáticas, como Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Ministério da Saúde, 2012).

A RAPS, instituída por meio da portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, estabelece os pontos de atenção à saúde para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas. É constituída pelos seguintes componentes e pontos de atenção: atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Atenção Básica para Populações Específicas e Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (CAPS); atenção de urgência e emergência (SAMU, sala de estabilização, UPA 24 h, urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde e outros); atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento e serviço de atenção em regime residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC)) e reabilitação psicossocial (Portaria n. 3.088, 2011).

Os pontos de atenção de urgência e a emergência da RAPS são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como das com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esses pontos de atenção à saúde devem se articular com os CAPS, os quais realizam o acolhimento e cuidado das pessoas na fase aguda do sofrimento/transtorno mental, podendo ele ser decorrente de álcool e outras drogas, sendo que, quando houver necessidade de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, o mesmo deve articular e coordenar o cuidado (Portaria n. 3.088, 2011).

Segundo Franco (2006), no funcionamento das redes de cuidado, sejam elas entre diversas unidades ou níveis de saúde (equipe de saúde da família, unidade básica, serviços de especialidades e rede hospitalar), observa-se que os profissionais trabalham, comunicando-se mutuamente, caracterizando o funcionamento em rede. Dessa forma, pode-se dizer que as redes são inerentes à maneira de produção do cuidado, independente do nível em que esta ocorra. A implantação e o funcionamento de uma rede articulada de serviços que atenda às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente em situações de crise, dependem da capacidade dos profissionais e dos serviços dessa rede em aprimorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Fialho, 2014).

Uma situação de crise pode ser definida e/ou compreendida como um “sofrimento grave, ocasionado por causas diversas, clínicas e de álcool e outras drogas, podendo tornar-se mais intensa e frequente, causando uma ruptura da rede social de suporte e a processos de incapacitação e invalidação social” (Souza, 2008, p. 111).

A partir desse contexto de políticas renovadoras e inovadoras e a recente implementação da portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, percebe-se, ainda, ausência de dados que demonstrem a aplicação e a eficiência da articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise em saúde mental, de acordo com a política instituída. O conhecimento da existência e de como ocorre a articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas do Brasil aprimoraria o sistema de atendimento, permitindo identificar os pontos de maior fragilidade e, assim, ajustá-los de forma a padronizar e otimizar o atendimento em todos os pontos da rede. Além de ser um tema pouco abordado pela recente política ainda em implementação, seu estudo contribuirá ao sistema público de saúde, possibilitando melhorias e redirecionando a implementação das políticas.

O presente estudo tem como objetivo conhecer a articulação entre os pontos da RAPS no cuidado às situações de crise em saúde mental, na visão dos seus trabalhadores.

Método

Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo se realizou com base nos materiais produzidos pelos alunos do curso Crise e Urgência em Saúde Mental. Trata-se de um curso de atualização profissional com 100 h de duração, executados em 90 dias, totalmente realizado a distância. O curso foi desenvolvido em quatro módulos e em suas respectivas unidades de ensino: introdução ao curso; fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental; organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado; e o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial.

Para este curso, na modalidade a distância, disponibilizam-se ferramentas e materiais para o aprendizado: conteúdo em PDF, conteúdo *on-line*, fórum, chat, portfólio e exercício avaliativo interativo. Para este trabalho, utilizou-se o portfólio que, conforme Corrêa (2007), trata-se da soma de todos ou parte do trabalho elaborado pelo aluno ao longo do curso. Geralmente, esta ferramenta é utilizada para se fazer uma análise do desenvolvimento do aluno, pois nele se podem ter textos e outros materiais produzidos em todas as etapas do curso. O portfólio do curso crise é formado pelas respostas referentes às quatro questões reflexivas, devendo evidências às considerações de cada um sobre a sua realidade, relacionando-as com o conteúdo desenvolvido em cada módulo.

O público alvo deste estudo foram os 429 alunos da primeira edição do curso Crise e Urgência em Saúde Mental, todos trabalhadores da RAPS, com formação em nível superior, que atuam no âmbito da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) e oriundos das diversas regiões do Brasil, selecionados pelo Ministério da Saúde.

Para critérios de inclusão, determinou-se: estar regularmente matriculado no curso e ter respondido às quatro questões reflexivas que formavam o portfólio. Como critério de exclusão: ter desistido do curso antes do seu término. Dos 429 alunos que iniciaram o curso, 56 desistiram, 302 atenderam aos critérios. Destes, 156 alunos concordaram em participar da pesquisa, após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no período de 24 de setembro a 26 de outubro de 2015, utilizando-se as respostas da questão reflexiva 3: "Considerando seu local de trabalho como ponto da RAPS/RUE, descreva, reflita e elabore uma síntese sobre como se dá a articulação com os demais pontos da rede na realidade do seu município".

Os dados foram organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temático, sugerido por Bardin (2011), que compreende três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento das informações, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada a organização do material com a impressão dos portfólios, seguida da leitura flutuante dos mesmos a fim de se sistematizar as ideias iniciais. Posteriormente, com uma leitura exaustiva, criou-se um banco de dados no qual estavam presentes os relatos que mais se repetiram. Foram utilizadas descrições de 62 portfólios, pois, a partir de então, as mesmas começaram a se repetir.

Na fase de exploração do material foi possível agrupar os elementos de acordo com cada tema principal, criando, posteriormente, três categorias de análise.

Na terceira e última fase, realizaram-se o tratamento dos resultados, inferência e sua interpretação. Verificou-se a relevância de cada informação para análise, separando-se os relatos que mais se destacavam, bem como se realizando uma reflexão sobre os dados expostos que posteriormente foram comparados com a literatura produzida sobre o tema.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer n. 924.432/2014, que atende à resolução n. 466/2012. E, para garantia do anonimato, os participantes foram identificados por letras e números conforme a seguinte

ordem: (E1A1 - edição 1 do curso, aluno número 1, assim foram numerados sucessivamente até E1A156).

Resultados e discussão

A partir da leitura dos portfólios, foi possível identificar o perfil dos participantes, assim como o ponto da RAPS e a região do país em que atuam os trabalhadores, sujeitos do estudo.

Quadro 1 – Perfil dos participantes do estudo.

Variável	%
Sexo	
Masculino	19,2
Feminino	80,8
Idade	
22-31 anos	29,5
32-41 anos	37,2
42-51 anos	23,7
52-61 anos	9,6
Profissão	
Psicólogo	38,5
Enfermeiro	28,2
Assistente Social	14,1
Terapeuta Ocupacional	8,3
Médico	5,2
Outras	5,7
Ponto da RAPS	
CAPS	72,5
Hospital Geral	8,3
UBS	7,1
Outros	12,1
Região do país	
Nordeste	30,1
Sudeste	28,2
Centro-Oeste	17,3
Sul	12,2
Norte	12,2

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Foi possível verificar que a maioria dos participantes do estudo eram mulheres, da região Nordeste do país. As profissões mais atuantes eram as de psicólogo e enfermeiro. A maior parte dos trabalhadores sujeitos deste estudo atuavam em CAPS.

Por meio da questão reflexiva, os participantes descreveram como é realizada a articulação entre os pontos da rede no cuidado em situações de crise em saúde mental. As respostas foram analisadas e organizadas em três categorias: encaminhamento, modelo tradicional do cuidado; matriciamento, a proposta atual; e novas estratégias para o cuidado em rede.

Encaminhamento: modelo tradicional de cuidado

O encaminhamento foi descrito pelos participantes do estudo como uma prática frequentemente utilizada. Geralmente, os usuários que dão entrada no serviço, apresentando algum tipo de sofrimento psíquico, são encaminhados para sua unidade ou CAPS de referência. O participante E1A4 afirma que *“Os pacientes egressos de internações, e que residem no nosso município, costumam ser encaminhados e acolhidos no CAPS...”*.

Um estudo realizado por Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa e Vasconcelos (2013) evidenciou que os profissionais se precipitam ao encaminhar os casos da atenção primária para o CAPS já que, muitas vezes, os mesmos sentem insegurança nos atendimentos que tratam de saúde mental, mesmo que leves, por acreditarem serem incapacitados para a condução desses casos. Dessa forma, a maioria dos casos que poderiam ser atendidos no nível primário acaba sobrecarregando os CAPS, comprometendo o acesso e o atendimento das pessoas em situações mais graves.

Esse encaminhamento, muitas vezes, é realizado de forma precária, por meio de um simples telefonema ou formulário, sendo que o profissional que encaminha depende da boa vontade daquele que receber o paciente. Delfini e Reis (2012) em seu estudo verificaram que a maioria dos encaminhamentos realizados pela Estratégia de Saúde da Família ou CAPS se dá via telefone, sendo que esse contato muitas vezes é a fim de se verificar a existência de vagas. Quando não há contato algum entre os profissionais, o usuário é encaminhado de um local a outro à procura de atendimento, terminando, muitas vezes, sem cuidado algum para seu sofrimento.

Quando o encaminhamento é realizado via formulário, este “é considerado de pouca eficácia, pois não se apresenta organizado de maneira a permitir que informações importantes sejam repassadas entre as equipes . . . dessa forma, as informações e os usuários se perdem dentro do sistema, resultando na ausência de resolutividade” (Paes, Schimith, Barbosa, & Righi, 2013, p. 400).

Procuo fazer articulação com os profissionais quando necessito de outros serviços (PA, SAMU, ESF e outros), ou seja, para encaminhar o usuário sempre ocorre à base de amizade/conhecido e ainda por telefone, percebo que articulação de fato não ocorre, não há integração e interação entre as pessoas (E1A31).

Percebe-se com os relatos dos participantes que o encaminhamento ocorre a fim de passar o caso/usuário à frente, seja como forma de se desresponsabilizar ou por acreditar que não possuem habilidade para tal, gerando insegurança para realizar o atendimento.

A equipe de saúde mental, incluindo profissionais dos CAPS e dos NASF, sempre se preocuparam com o diálogo, entre pontos, com discussões em rede, mas acredito que nunca atingimos o objetivo principal do trabalho em rede. Ainda se mantém a mesma prática de “passar” caso (E1A53).

Em um estudo realizado, os profissionais relatam que uma das causas dos encaminhamentos inapropriados é a falta de escuta por parte dos mesmos, já que, dessa forma, a necessidade real do usuário não é atendida, tampouco é visto o que o serviço tem a oferecer antes de encaminhá-lo, causando um “vai-e-vem” do sujeito pelos serviços (Gonzaga & Nakamura, 2015).

A prática do encaminhamento em que o usuário é “empurrado” de um serviço a outro traduz uma fragmentação no cuidado, reduzindo essas possibilidades e ocasionando desresponsabilização dos casos e dos sujeitos (Delfini & Reis, 2012). Essas formas de encaminhamentos não contribuem para o cuidado integral e vão contra o que é preconizado pela portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, já que, dessa forma, não há criação de vínculo, tampouco trabalho em rede (Paes et al., 2013).

Sendo assim, é evidente que a prática do encaminhamento, citada por alguns profissionais, não se trata de uma boa estratégia de articulação entre os serviços, pois não permite um trabalho que integre os profissionais envolvidos. O encaminhamento conduzido de forma não compartilhada faz com que o usuário que necessita de atendimento percorra diversos serviços de saúde e não receba atendimento adequado em nenhum deles. O ideal seria que o profissional que encaminha se inclua nesse processo,

responsabilizando-se e compartilhando o caso, fazendo com que os serviços atuem em rede (Ministério da Saúde, 2005).

Dessa forma a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2007) propõe um novo modelo de cuidado que seja voltado para as necessidades de cada usuário e realizado por uma equipe multidisciplinar, fugindo da lógica do encaminhamento e favorecendo uma corresponsabilização de todos os envolvidos.

Matriciamento: a proposta atual

A necessidade de cuidados em saúde mental é transversal aos diferentes níveis de atenção em saúde, sendo necessário e imprescindível que profissionais que atuem na atenção primária à saúde assumam a responsabilidade por parte desse cuidado, ainda que por meio de apoio ou supervisão de especialistas (Reilly, Planner, Hann, Reeves, Nazareth, & Lester, 2010; Sved-Williams & Poulton, 2010).

O matriciamento ou apoio matricial (AM) foi relatado pelos participantes como uma maneira de articulação que está dando certo até momento, como afirma o participante E1A24: *“A articulação no âmbito das UBS’s e dispositivos da assistência se “dá” principalmente através do matriciamento de casos, espaço no qual tem sido possível construirmos juntos os casos, através de vários olhares”*.

“Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverin, 2011, p. 13). Essa proposta vem para transformar a antiga lógica dos sistemas de saúde (encaminhamentos, referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação). O matriciamento funciona como um suporte técnico pedagógico na construção dos projetos terapêuticos (Chiaverin, 2011).

Por meio deste, ocorrem discussões dos casos mais complexos e construção dos projetos terapêuticos singulares, quando os profissionais envolvidos abordam as melhores formas de cuidado ao usuário. Eles acreditam que, dessa forma, há compartilhamento de saberes e experiências que contribuem para o cuidado prestado ao usuário, assim como o fortalecimento da rede de apoio.

Conseguimos realizar matriciamento com atenção básica, no sentido de compartilhar casos e não encaminhar. Realizamos reuniões de matriciamento quinzenalmente com a equipe de saúde do território de abrangência destes usuários. Mas vejo dificuldade porque a maioria dos PSF não tem equipe NASF para contribuir com a discussão (E1A60).

Por meio do matriciamento é possível aumentar a oferta de ações realizadas no processo de cuidado ao usuário, já que a equipe de referência e o apoio matricial se corresponsabilizam pelo caso, proporcionando uma troca de saberes que contribuirá para a construção do projeto terapêutico singular (Delfini & Reis, 2012). No encontro proporcionado pelo apoio matricial se oferecem novas possibilidades por meio do trabalho dialógico, desconstruindo-se a forma do trabalho voltado para o procedimento e da prática individual centrada na doença. Sobre essa temática, enfatiza-se a fala do sujeito que aponta o trabalho coletivo na construção do projeto terapêutico singular do usuário, reunindo o saber e a prática multiprofissional (Vasconcelos, Jorge, Pinto, Pinto, Simões, & Maia Neto, 2012).

A partir das respostas dos participantes, fica evidente que o matriciamento é uma boa estratégia de articulação, pois contribui para o cuidado ao usuário, além de proporcionar integração das equipes. A proposta do AM diverge das práticas centralizadoras, que enrijecem o trabalho dos profissionais da saúde, indo além de ações orientadas a partir de protocolos e procedimentos cada vez mais especializados e que afastam o agir em saúde da sua finalidade maior: a produção do cuidado. Ao sugerir práticas em saúde interligadas, que estejam em interação no dia a dia do serviço, quer na conexão dos vários saberes, quer nos níveis de complexidade do sistema de saúde, favorece a corresponsabilização entre os profissionais e resolubilidade na assistência (Vasconcelos et al., 2012, p. 171).

Os objetivos do matriciamento são, portanto, “ampliar as possibilidades em realizar uma assistência mais humanizada, com a disposição de um conjunto de recursos que visem focar o tratamento voltado ao sujeito e seus laços sociais, além de favorecer a integração entre distintas especialidades e

profissões” (Feitosa, Silva, Silveira, & Santos Junior, 2012, p. 51). A prática do matriciamento pode contribuir para a redução dos encaminhamentos impróprios dos usuários pela presença de uma equipe especializada, sendo resolutiva nos casos em questão (Pegoraro, Cassimiro, & Leão, 2014).

Dessa forma, parece notório que o matriciamento, ou apoio matricial, é uma estratégia utilizada pelos trabalhadores da RAPS a fim de proporcionar uma articulação dos serviços de saúde. Além disso, os trabalhadores e serviços têm buscado novas maneiras de se articular a fim de superar as limitações encontradas.

Novas estratégias para o cuidado em rede

Muitos profissionais relataram diversas formas de articulação, como encaminhamentos ou matriciamento. Porém o que mais chamou atenção foram as novas estratégias de articulação entre os serviços quando se trata do cuidado em situações de crise em saúde mental.

Atualmente, fica claro que, para efetiva articulação entre os serviços, quando se trata do cuidado em saúde mental, é necessário que haja uma sólida relação entre as equipes de saúde e que estas sejam articuladas e bem instrumentalizadas. As mesmas necessitam possuir boa compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde, o que pode não ocorrer por deficiência de formação, ou até mesmo por resistência desse profissional a mudanças propostas. Para tornar a articulação entre os serviços e profissionais uma realidade, são imprescindíveis alternativas que possibilitem a troca de informações e qualificação dos profissionais (Paes et al., 2013).

Encontros entre os serviços foram descritos pelos participantes, nos quais se discute sobre saúde mental, assim como cada ponto desempenha seu trabalho, proporcionando uma maneira com que todos saibam como funciona o serviço.

Nos últimos quatro meses tivemos os nossos dois primeiros encontros da RAPS com a participação de diferentes serviços (Saúde Mental/Saúde da família/Saúde da mulher/a saúde do idoso/ área da educação/departamento social, entre outras secretarias), com a participação dos funcionários, usuários e familiares. Nesses encontros conseguimos apresentar como é realizado o trabalho em cada serviço e discutir estratégias de melhorias para a “comunicação” em rede” (E1A1).

Acontecem encontros mensais entre os CAPS e a Atenção Básica, também uma vez por mês ocorre educação permanente nas reuniões de território, onde se reúnem vários segmentos. É uma ótima oportunidade de conversa e de esclarecimento do que é o serviço em saúde mental e também entender os outros serviços (E1A40).

Os encontros de “saúde mental na roda” têm como objetivo maior conhecer a rede, bem como os serviços e pessoas que a compõem, a fim de discuti-la e propor estratégias para se lidar com a realidade de saúde apresentada. Essa rede está em processo de construção, procurando melhorar a articulação entre os serviços e, conseqüentemente, qualificar a assistência por meio da realização dos encontros de “saúde mental na roda” (Paes et al., 2013).

Segundo experiências relatadas por trabalhadores no espaço online onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho, denominado “Comunidades de Práticas” (Comunidade de Práticas, 2015), é possível verificar exemplos dessas novas estratégias:

Esses encontros proporcionam aprimoramento técnico teórico através da discussão de casos, planejamento e realização de Seminários, Encontros e Cursos de capacitação para as equipes da atenção primária, promoção de educação em saúde através de elaboração de folhetos informativos com temas relevantes de saúde mental, envolvendo profissionais, usuários e comunidade, busca de parcerias para estruturação dos serviços e elaboração de projetos (...) O Programa Bem Viver se constitui hoje num espaço de referência para pessoas com transtornos mentais, comunidade e microrregião. Através dele foi possível organizar a assistência à saúde mental e estabelecer uma rede de atenção dentro dos municípios (Fonseca, Carvalho, Azevedo, & Silva, 2015).

Ainda ocorrem reuniões, nas quais formas de cuidado e de construir um trabalho em rede são abordadas. Essas reuniões contam com a participação de diversos representantes da RAPS, bem como da comunidade, igrejas, educação.

Começamos a articular reuniões intersetoriais com a presença dos seguintes pontos da rede: Saúde Mental (CAPS AD, IA, II e Ambulatórios), Atenção Básica (diversos programas: NASF, saúde da mulher, do homem, da criança etc), Rede de Urgência e Emergência (SAMU, Hospital Municipal e Estadual, UPA), CEAME (serviço de educação inclusiva), Polícia Militar, Bombeiros, Polícia Civil, Serviços da Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (CRAS, CREAS, Alta Complexidade) e Conselho Tutelar. Essas reuniões se tornaram muito produtivas, aproximando os serviços da Saúde Mental, trabalhando estigmas, pré-conceitos e a ideia dos CAPS como instituições totais (E1A38).

Com os demais pontos de atenção da rede existem os grupos de trabalho, sendo cada um abordando um eixo da Saúde Mental, juntamente com os serviços de Assistência Social do município, possibilitando a interação dos profissionais que estão inseridos na rede. Esses grupos acontecem por meio de reuniões periódicas, nas quais são discutidos os casos e posteriormente são elaboradas estratégias que viabilizem o tratamento/acompanhamento pelos componentes da rede, de forma sincronizada (E1A46).

Alguns profissionais de saúde mental destacam as reuniões setoriais e intersetoriais que ocorrem no seu município, quando ações são planejadas e executadas conforme discussão de casos e sua problematização na rede, desenvolvendo estratégias que possibilitem integração entre os serviços de saúde. Com isso, esses profissionais percebem que essa forma de articulação com a rede tem sido bem sucedida no âmbito da saúde mental (Cunha & Sousa, 2015).

Em seu relato de experiência, Giasson (2015) diz que a reflexão das ações fragmentadas de cuidado que vinham sendo praticadas proporcionou uma nova estratégia de articulação que fosse de acordo com os pressupostos da RAPS. Em fevereiro de 2014, implantou-se a Rede de Atenção Psicossocial Intersetorial (RAPI), a fim de se proporcionar contato entre os profissionais da rede. Dessa forma, ocorre uma reunião mensal, quando os profissionais discutem casos previamente escolhidos e planejam ações de prevenção de violência e promoção de saúde, assim como de qualidade de vida. Participam dessas reuniões profissionais da saúde, educação, CRAS e CREAS, conselhos tutelares e outros, dependendo da demanda. Para a trabalhadora, essa prática favoreceu o processo de trabalho, beneficiando o trabalhador e, principalmente, o usuário.

É importante destacar que os gestores possuem papel fundamental nesse processo de inovação no cuidado em saúde mental, sendo necessário que diversos setores se integrem a fim de efetivar um “serviço de atenção à saúde mental humanizado, resolutivo e pautado na promoção de saúde e qualidade de vida de usuários e familiares” (Paes et al., 2013, p. 407).

A partir dos relatos foi possível perceber que a prática do encaminhamento é ultrapassada e não proporciona articulação adequada entre os serviços. Porém, como alternativa, ocorrem os encontros de matriciamento, quando há discussão dos casos mais complexos e compartilhamento de saberes por uma equipe multiprofissional a fim de ofertar um serviço mais humanizado ao usuário. No entanto ainda há diversos entraves que impossibilitam um trabalho em rede e, em meio a isso, surgem essas novas estratégias que viabilizam esse processo.

Considerações finais

A articulação entre os serviços de saúde é de extrema importância para criação de um cuidado humanizado e integral ao usuário, principalmente quando se trata do campo da saúde mental. Mesmo que este estudo trate somente da visão dos trabalhadores que participaram do curso Crise e Urgência em Saúde Mental, foi possível verificar quais estratégias esses trabalhadores da RAPS, que atuam em diversas regiões do país, utilizam para favorecer a articulação entre os pontos da rede, assim como

identificar os pontos de maior fragilidade e aqueles que, em meio a dificuldades encontradas, buscam outras formas de realizar o cuidado.

Apesar de as práticas do encaminhamento não compartilhado e matriciamento ainda serem muito utilizadas, é possível perceber que tanto os trabalhadores quanto gestores estão cada vez mais preocupados em traçar novas estratégias que viabilizem um cuidado de qualidade, proporcionando encontros em que os profissionais discutam novas maneiras de prestar assistência ao indivíduo com sofrimento psíquico, além de criar meios para que o trabalho se articule em rede.

Destarte, foi possível verificar diferentes formas de articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise em saúde mental. Para tanto, faz-se necessário que os trabalhadores tenham conhecimento da sua rede de apoio, bem como utilizem meios que os integrem à mesma, seja por reuniões, capacitações ou encontros que favoreçam a troca de experiências.

Referências

- Amarante, P. (2008). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella, S. Escorel & L. V. C. Lobato (Orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 735-759). Rio de Janeiro: FIOCRUZ – CEBES.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Chiaverini, D. H. (Org.) (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236 p.
- Comunidade de Práticas (2015). *Sobre a Comunidade de Práticas*. Recuperado em 15 de novembro, de 2015, de <https://cursos.atencaobasica.org.br/sobre>.
- Corrêa, J. (2007). *Educação à distância: orientações metodológicas*. Porto alegre: Artmed.
- Cunha, R. G., & Sousa, T. A. (2015). *Saúde mental – Uberlândia/setor sul: experiência de articulação com a rede de atenção à saúde*. Recuperado em 14 novembro, de 2015, de <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1071>.
- Delfini, P. S. S., & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (2), 357-366 Recuperado em 09 de novembro, de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n2/14.pdf>.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T., Silveira, M. F. A., & Santos Júnior, H. P. O. (2012). (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14 (1), 40-54.
- Fialho, M. B. (2014). Contexto histórico e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In M. T. Zeferino, J. Rodrigues & J. T. Assis (Orgs), *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* (pp. 11-22). Florianópolis.
- Fonseca, M. L. S., Carvalho, M. L. R., Azevedo, T. M., & Silva, L. A. (2015). *Bem Viver: construindo novas possibilidades em Saúde Mental*. Recuperado em 14 novembro, de 2015, de <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/4159>.
- Fontoura, R. T., & Mayer, C. N. (2006). Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 532-537. Recuperado em 18 de maio, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Matos (Orgs.), *Gestão em redes* (pp. 459-474). Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Giasson, F. (2015). *Rede de Atenção Psicossocial Intersetorial - Evoluindo a partir da RAPS*. Recuperado em: 14 novembro, 2015, de <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/4519>.
- Gonzaga, N., & Nakamura, E. (2015). Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde e Sociedade*, 24 (1), 232-243.
- Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001*. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). *Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS (4a ed.)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2012). *Portal da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 25 maio, 2015, de http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo= rede_proprietaria
- Ministério da Saúde. (2015). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,.
- Paes, L. G., Schimith, M. D., Barbosa, T. M., & Righi, L. B. (2013). Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11 (2), 395-309.

- Recuperado em 09 de novembro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a08v11n2.pdf>.
- Pegoraro, R. F., Cassimiro, T. J. L., & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, 19 (4), 621-631.
- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, 30 de dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (18), 2157-2166.
- Reilly, S., Planner, C., Hann, M., Reeves, D., Nazareth, I., & Lester, H. (2012). The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE*, 7 (5), 1-10.
- Souza, P. J. C. (2008). Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Sved-Williams, A., & Poulton, J. (2010). Primary care mental health consultation-liaison: a connecting system for private psychiatrists and general practitioners. *Australasian Psychiatry*, 18 (2), 125-129
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Pinto, D. M., Simões, E. C. P., & Maia Neto, J. P. (2012). Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiro de Saúde Mental*, 4 (8), 166-175.

Recebido em 09/03/2016

Aceito em 06/07/2016

Karoline Andrade: acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Maria Terezinha Zeferino: doutora em enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Marcelo Brandt Fialho: mestre em Saúde Pública. Médico psiquiatra da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.