

Produção de práticas de saúde mental integradas em rede de atenção à saúde

Production of Mental Health Practices Integrated into a Health Care Network

Producción de prácticas integradas de salud mental en una red de atención a la salud

Israel Coutinho Sampaio Lima¹ 

Dayze Djanira Furtado de Galiza¹ 

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior¹ 

Ana Suelen Pedroza Cavalcante¹ 

Cidianna Emanuely Melo do Nascimento¹ 

José Jackson Coelho Sampaio¹ 

 10.59487/2965-1956-2-10863

Submetido em:
15/06/2023

Aprovado em:
10/08/2023

Publicado em:
21/08/2023



1. Universidade Estadual do Ceará

Autora correspondente: israel.coutinho.sampaio@gmail.com

Título Resumido: Produção de práticas de saúde mental

Conflitos de interesse: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

RESUMO

Objetivo: Compreender como as propostas para a integração dos cuidados de saúde mental entre as equipes de Saúde Indígena, Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial podem ser articuladas na perspectiva da rede de atenção à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com 26 profissionais da Estratégia Saúde da Família, Saúde Indígena e Centro de Atenção Psicossocial, do interior do Ceará, Brasil. A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para organização das informações. **Resultados:** Evidenciou-se que o processo de planejamento das ações para a produção integrada em rede de saúde das práticas de saúde mental, deve ter início pelo círculo de planejamento coletivo. As ações estratégicas devem partir do planejamento crítico do apoio matricial, da utilização e implementação de novas tecnologias que auxiliem a comunicação interdisciplinar, e a ampliação da equipe multiprofissional para atender as necessidades do território. Além de um processo de educação permanente, garantido pelos gestores locais. **Conclusão:** O trabalho interdisciplinar é o elemento central para a integração das práticas de saúde mental em rede de atenção à saúde, quando realizado sobre a perspectiva do círculo de planejamento coletivo.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Atenção Psicossocial. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand how the proposals for the integration of mental health care between the Indigenous Health, Family Health and Psychosocial Care Center teams can be articulated from the perspective of the health care network. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory, descriptive study, carried out through semi-structured interviews with 26 professionals from the Family Health Strategy, Indigenous Health and Psychosocial Care Center, in the interior of Ceará, Brazil. Content analysis was the technique used to organize the information. **Results:** It was evident that the process of planning actions for the integrated production of mental health practices in the health network must start with the collective planning circle. Strategic actions must start from the critical planning of matrix support, the use and implementation of new technologies that help interdisciplinary communication, and the expansion of the multidisciplinary team to meet the needs of the territory. In addition to a permanent education process, guaranteed by local managers. **Conclusion:** Interdisciplinary work is the central element for the integration of mental health practices in the health care network, when carried out from the perspective of the collective planning circle.

Keywords: Mental health. Primary health care. Psychosocial Attention. Health services.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo se pueden articular las propuestas de integración de la atención en salud mental entre los equipos de Salud Indígena, Salud de la Familia y Centro de Atención Psicosocial desde la perspectiva de la red de atención en salud. **Metodología:** Este es un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, realizado a través de entrevistas semiestructuradas con 26 profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia, Centro Indígena de Salud y Atención Psicosocial, en el interior de Ceará, Brasil. El análisis de contenido fue la técnica utilizada para organizar la información. **Resultados:** Se evidenció que el proceso de planificación de acciones para la producción integrada de prácticas de salud mental en la red de salud debe partir del círculo de planificación colectiva. Las acciones estratégicas deben partir de la planificación crítica de la matriz de apoyo, el uso e implementación de nuevas tecnologías que ayuden a la comunicación interdisciplinaria, y la ampliación del equipo multidisciplinario para atender las necesidades del territorio. Además de un proceso de educación permanente, garantizado por gestores locales. **Conclusión:** El trabajo interdisciplinario es el elemento central para la integración de las prácticas de salud mental en la red de atención a la salud, cuando se realiza desde la perspectiva del círculo de planificación colectiva.

Palabras clave: Salud mental. Primeros auxilios. Atención Psicosocial. Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A produção das práticas de saúde mental no Brasil passa a ser compreendida sob a perspectiva de um conjunto de elementos sociais, enquanto políticas de Estado, por meio da Constituição de 1988, da Lei nº 8.080, de 1990, e da Lei nº 10.216, de 2011¹. Estas políticas vêm sendo consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado em um espaço sociocultural diverso, o qual busca produzir práticas assistenciais de desinstitucionalização asilar.

Para tanto, os serviços que compõe a rede de atenção à saúde, sejam eles primários, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Saúde Indígena (SI) ou secundário, como o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), devem dar ênfase para o atendimento das necessidades singulares dos sujeitos². Profissionais e gestores têm que compreender à saúde como um direito de todos, a partir da determinação da produção

dos serviços como bem social necessário ao cumprimento dos princípios do SUS e da Constituição Brasileira³.

É diante da importância global da atenção à saúde mental, que a Organização Mundial da Saúde (OMS), ressalta a relevância sobre a produção das práticas interdisciplinares integradas em rede⁴. Tornando potente a interligação das equipes da ESF, SI e dos CAPS, como meios produtores de cuidados, que se articulam e integrado, podem favorecer maior acesso à saúde mental para toda a população. A SI neste contexto, se constitui elemento estratégico para a atenção à saúde mental, pois suas práticas na atenção primária, são desenvolvidas com maior articulação com a atenção psicossocial, devido atuação do profissional da Assistência Social em sua equipe. Podendo, este ser um diferencial importante para a ESF.

Desta forma, a construção de tais práticas deve promover a integração do cuidado em rede, que admita pluralidade de táticas operacionais, como normas, protocolos e condutas^{5,6}, por

meio da garantia da articulação e integração dos vários pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)^{7,8}.

Logo, a integração entre as equipes da ESF, da SI e dos CAPS^{9,10}, na atenção à saúde mental, só será concretizada a partir do trabalho interdisciplinar, quando houver um conjunto de ações planejadas e implantadas em redes de modo compartilhado. O estudo buscou compreender como as propostas para a integração dos cuidados de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, Saúde Indígena e do Centro de Atenção Psicossocial podem ser articuladas na perspectiva da rede de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como cenário seis equipes da ESF da zona urbana, distribuídas nas seguintes Unidade de Atenção Primária (UAP): Centro, Fátima II, Maratoan, Venâncio I e II, Caic I; uma equipe da SI e um Centro de Atenção Psicossocial I, em Crateús, Ceará, Brasil. A inclusão da SI, se fez pela equipe usufruir da mesma UAP, que a equipe Maratoan, sendo está designada de “aldeia urbana”. Saúde Indígena (SI) possui um diferencial em sua estrutura assistencial e de gestão. A mesma possui gestão compartilhada entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e a Coordenação da APS de Crateús, exatamente por estar instalada

em uma unidade que pertence ao município.

Os participantes foram 26 profissionais: 12 enfermeiros, três médicos, um terapeuta ocupacional, um dentista, dois assistentes sociais, três psicólogos, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um Agente Indígena de Saúde (AIS). Destes, 18 eram do sexo feminino e oito do sexo masculino. Foram divididos da seguinte forma, segundo Programa: 13 profissionais da ESF, três da SI e 10 do CAPS.

A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista individual semiestruturada, de modo presencial, nos serviços em apreço, com duração média de 30 minutos, entre setembro de 2017 e junho de 2018. A escolha dos participantes ocorreu por convite direto entre pesquisador-sujeitos do estudo, onde o número final foi fixado, após a saturação das informações cedidas, diante da não observação de novos achados que pudessem trazer benefícios para a pesquisa.

A entrevista teve como questão norteadora: Quais propostas você acredita que poderiam melhorar a integração do trabalho entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, da Saúde Indígena e do Centro de Atenção Psicossocial, quando se pensa na produção e integração dos cuidados de saúde mental em rede?

Foi realizada análise de conteúdo de Bardin¹¹ e a sistematização das informações gerou as seguintes categorias empíricas: 1 - Planejamento crítico do apoio matricial, 2 - Comunicação em redes de saúde e 3 - Ampliação e qualificação da

equipe de trabalho. A reflexão e a compreensão destes dados partem de dois marcos teóricos no campo da saúde mental coletiva: a análise sobre o planejamento em saúde mental foi realizada a partir dos pressupostos de Campos e colaboradores, os quais compreendem que, os processos de planejamento em saúde mental, devem ser elaborados de forma colaborativa, participativa e democrática, fazendo-se necessária a participação de todos os profissionais da assistência e da gestão. Sendo, um movimento de qualificação permanente, prioritário para o funcionamento do SUS. É importante frisar que o planejamento dos fluxos de comunicação e atenção em redes de saúde, não deve ter caráter burocratizador, mas sim, de permitir o acesso, sem que nenhum ponto da rede fique isolada. É preciso que o trabalho seja realizado de forma conjunta, com vínculo, continuidade, coordenação de caso, suporte tecnológico, pró-atividade e criatividade.^{5,12,13}

Já os elementos de comunicação e equipe interdisciplinar por Merhy e colaboradores^{13,14}, podem partir da compreensão do todo e das partes, inerente aos diversos processos comunicativos, no ouvir, ver e falar, diante da compreensão dos problemas afetivos, sociais e de saúde, enfrentados pelos usuários, familiares e cuidadores. O desenvolvimento da habilidade empatia, sobre a vulnerabilidade do outro é uma estratégia essencial, para que se consiga perceber a dor do outro, garantindo assim, reflexão-ação sobre o que é possível fazer para lhe ajudar. Habilidades

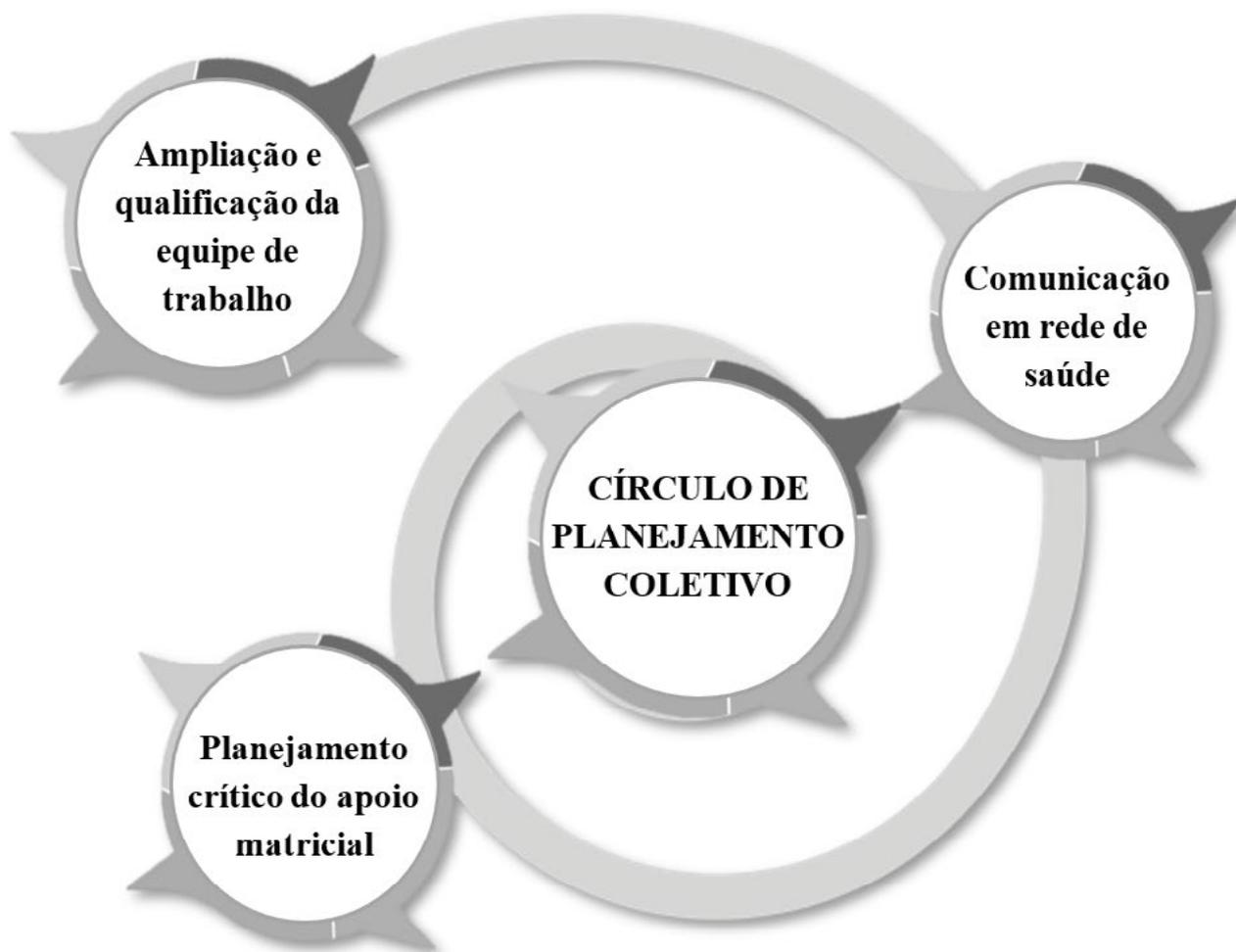
estas que quando desenvolvidas em equipe, pelo trabalho interdisciplinar, amplificam os resultados positivos.

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, sob número: 1.818.261, atendendo desta forma a Resolução nº 466 de 2012. O sigilo dos participantes foi mantido, mediante descrição da sigla da equipe à qual pertencia, seguida por um algarismo arábico em sequência de entrevista concedida, como exemplificado: ESF1, para profissional da ESF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias a seguir advêm da análise integrada sobre os elementos e propostas sistematizadas pelo Círculo de Planejamento Coletivo, proposto neste estudo, para o desenvolvimento dos cuidados de saúde mental em rede de atenção à saúde, conforme demonstrado na figura 1. Esta estratégia é uma sugestão estratégica criada pelos pesquisadores deste estudo, como forma operacional diante das informações (anseios e inferências) relatadas pelos participantes do estudo. Estratégias estas que se articuladas em um plano de cuidados compartilhado poderão promover a produção e a integração da atenção à saúde mental em rede de atenção à saúde, a partir da construção de propostas experienciadas pelos profissionais dos serviços da ESF, da SI e do CAPS.

Figura 1. Círculo de planejamento coletivo para o desenvolvimento dos cuidados de saúde mental em rede de atenção à saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

PLANEJAMENTO CRÍTICO DO APOIO MATRICIAL

A construção dos elementos que podem promover a produção dos cuidados de saúde mental, em rede colaborativa, como representado pela Figura 1, parte da valorização dos encontros promovidos pelo apoio matricial entre a atenção especializada em saúde mental com os

demais serviços do território. As ações dentro deste campo devem considerar uma variabilidade de elementos e subjetividades, que diferem entre cada equipe de profissionais em suas referidas unidades de saúde assim como entre os diferentes indivíduos, para que o planejamento, o desenvolvimento, a implantação e a avaliação das estratégias tenham adequabilidade e aceitação dos sujeitos envolvidos neste processo, como

é observado por ESF2.

O matriciamento, eu entendo como uma necessidade que a minha equipe tem da ajuda do CAPS, para me ajudar a resolver os problemas. Porém o matriciamento já vem pronto. Mas qual é a nossa necessidade de matriciamento de verdade? Porque a necessidade de outra unidade não é a mesma necessidade que temos aqui. Acaba se tornando uma ação pouco proveitosa [...] (ESF2).

O trabalho colaborativo deve ser constituído de diversas formas, a partir da reflexão sobre o fazer, como modo sistêmico, orgânico, interconectado e singular, considerando as realidades de cada território. Desta forma, o apoio matricial, enquanto estratégia, irá romper com a forma tradicional e autoritária dos processos de gestão que vêm sendo impostos em muitos contextos^{15,3}.

Outro elemento importante para a efetivação das ações de apoio matricial em saúde mental ocorre pelo envolvimento dos profissionais concursados destes serviços, os quais apresentam um longo vínculo institucional, em relação com o tempo de permanência de outros trabalhadores, sejam, contratados ou Residentes, tornando-se uma limitação em longo prazo. A fragilidade destes tipos de vínculos tende a acarretar descontinuidade das ações colaborativas de saúde mental entre os profissionais que estavam envolvidos, como apresenta a narrativa de ESF4.

O matriciamento deveria ser realizado pela equipe permanente do CAPS. Os residentes

podem participar? Devem! Mas tem que ter alguém da equipe fixa do CAPS, que vá a frente, pois ele é membro concursado, ele vai continuar de vinte a trinta anos na equipe, então vai criar vínculo com minha equipe [...], aí passa dois anos os residentes saem e quebra o vínculo [...] (ESF4).

As práticas colaborativas exigem vínculo entre os profissionais de saúde e os próprios usuários¹⁰. É a partir disso que o vínculo será trabalhado de forma viva, simétrica e singular, pois parte do reconhecimento das fragilidades da rede como um todo, em ações que buscam o compartilhamento da produção do cuidado entre instituições, trabalhadores e usuários¹⁴.

Já o compartilhamento interdisciplinar do saber e do fazer em saúde mental, pelo do desenvolvimento da consulta compartilhada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre os profissionais dos serviços de saúde, demonstram a potencialidade destas estratégias matriciais. Estes buscam valorizar os espaços coletivos para a ampliação da clínica e o distanciamento da prática individualista em momentos que se tornam um cenário profícuo para o desenvolvimento permanente da educação, como visto por ESF3.

[...] eu não sabia o que era um Projeto Terapêutico Singular até a equipe de residentes de saúde mental vieram aqui fazer, foi maravilhoso, pois me ajudou a desenvolver melhor os cuidados com a gestante que estava atendendo (ESF3).

O desenvolvimento da consulta compartilhada, promove a produção de cuidados de saúde

mental, diminuindo a insegurança dos profissionais que não tem vivência neste campo do saber, fazendo com que as condutas adotadas estejam adequadas para as necessidades dos usuários da rede de saúde e fortalecer a clareza de papéis entre os profissionais envolvidos no cuidado. Logo, a consulta compartilhada vem se configurando como uma prática para o desenvolvimento educação permanente em saúde mental¹².

Apesar da complexidade do desenvolvimento de avaliações e discussões sobre condutas compartilhadas em rede de atenção à saúde, devido às relações de poder existentes, a colaboração para a produção de saúde mental é vista como elemento capaz de promover resolutividade no tratamento dos usuários, principalmente em casos crônicos^{16,17}.

Nesse âmbito, a garantia do apoio matricial para todas as equipes é elemento fundamental para a construção dos processos de produção colaborativos em saúde mental, quando se almeja integrar os diversos serviços em redes de atenção à saúde neste campo¹⁷. Garantindo, portanto, a avaliação e o replanejamento das ações matriciais já implementadas, a captação e a expansão de novas equipes matriciadas, visto por SI6.

[...] eles começam o matriciamento e não terminam, ou se é feito com uma unidade, não é feito com outra. Tem que ter continuidade, não tem. Então entra profissional e sai profissional e se perde aquilo que se está trabalhando (SI6).

A dificuldade para a continuidade e consequente fragmentação das práticas são vistas também em outros estudos, nos quais se questiona como seria possível seguir com um trabalho efetivo dentro do planejamento e pactuações entre profissionais da rede de saúde. Evidencia-se a necessidade de ampliar a capacidade de escuta dos agentes matriciadores, apoiadores e profissionais de referência, bem como, flexibilização das ações, no sentido de acolher as diversas necessidades postas pelas equipes^{18,12} e pelas demandas dos usuários.

Devendo, portanto, o planejamento do matriciamento considerar as particularidades de cada equipe, frente as necessidades manifestadas pelos usuários de cada serviço, nas quais as pactuações devem ser mediadas e problematizadas em um cronograma regular^{18,19}.

COMUNICAÇÃO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Como segundo elemento estruturante, a comunicação em rede de atenção à saúde vem sendo discutida em vários cenários do Brasil^{5, 8, 26, 30}, a partir da informatização do atendimento dos usuários por meio do prontuário eletrônico, exatamente pela praticidade que este instrumento daria aos processos de trabalho dos profissionais das unidades de saúde em geral. Processo este que não ocorre no cenário estudado, onde, os prontuários no formato físico.

A implantação do prontuário eletrônico nos serviços públicos de saúde poderá favorecer a integração do trabalho desenvolvido entre os pontos de atenção, considerando o acompanhamento colaborativo em saúde mental dos usuários da rede dentro da APS, secundária e terciária²⁰. Isso permite que as equipes se articulem no acompanhamento das necessidades de saúde dos usuários que são corresponsáveis, para, além disso, os fluxos de referência e contrarreferência seriam monitorados e reorganizados na rede, onde o tempo de trabalho seria otimizado e a comunidade interdisciplinar fortalecida, como descreve ESF1.

Uma medida urgente seria a implantação do prontuário eletrônico, porque iria facilitar muito a comunicação, especialmente a questão da referência e contrarreferência. Iria melhorar muito nosso processo de trabalho, porque perdemos muito tempo buscando prontuário de papel [...] (ESF1).

Outro benefício apontado foi a própria segurança sobre as condutas adotadas, as quais ficariam resguardadas em um banco de dados virtual, sendo mais seguro do que o prontuário de papel, pois este é passível de extravios. Além da quantidade de matéria física gerada pelos arquivos em papel, como visto por ESF7.

[...] o prontuário eletrônico é uma coisa viável, não é tão caro, é permanente. O prontuário de papel às vezes se perde, ou o paciente muda de área, aí muda de ACS. Tem ACS que não repassa a informação, o paciente vem e

não achamos o prontuário, aí pegamos uma folha avulsa e às vezes perdemos (ESF7).

A construção deste processo de informatização da rede de atenção à saúde, por meio da idealização do prontuário eletrônico é colocada pelos profissionais como algo colaborativo, portanto, deve ser integrado entre as unidades que compõem os níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro em seus diferentes graus de complexidade, como apontam SI6.

[...] o prontuário eletrônico de forma vinculada com o CAPS [...] tem que estar vinculada às portas de entrada. Para onde ele for termos acesso as informações (SI6).

É importante conceber que em grande parte dos serviços que compõem o SUS, o processo de informatização dos serviços vem sendo realizado, em diferentes níveis de desenvolvimento, pela implantação do prontuário eletrônico. Contudo, o profissional ESF2 pontua que “o prontuário eletrônico do e-SUS, é só para APS, ele não tem atendimento especializado, aí não tem articulação com o CAPS”.

O prontuário eletrônico do e-SUS atenção básica, foi desenvolvido para atender às equipes de APS, objetivando favorecer a integração e gestão dos cuidados neste nível de atenção²¹, no entanto, identifica-se a ampliação para os demais níveis de atenção à saúde. É preciso considerar que o território da APS apresenta necessidades de saúde mental, onde em muitos casos as equi-

pes precisam trabalhar em conjunto, seja pelo apoio matricial ou pelo processo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, em ações colaborativas para desenvolver um acompanhamento dos referidos casos^{6,22,23}.

Desta forma, a Portaria nº 1.412 de 2013, a qual institui o sistema de informação em saúde para a APS vem se configurando como uma estratégia limitante, diante das reais necessidades dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, principalmente no que se refere a gestão dos cuidados compartilhados de saúde mental²⁴. A incorporação desta tecnologia, de forma adequada para o uso dos profissionais interligados em redes de atenção à saúde, tornará o trabalho mais eficiente do ponto de vista da universalidade e integralidade da atenção²⁵.

O último elemento a ser considerado foi sobre a segurança dos registros dos usuários dentro do prontuário eletrônico, como ressalta CAPS21 “tem que preservar a história do sujeito, a privacidade”. Isso denota a importância do sigilo das informações dos usuários dentro do sistema eletrônico, com acesso restrito de profissionais habilitados, pois este instrumento deve garantir a privacidade e confidencialidade sobre o histórico clínico.

Outro meio tecnológico identificado foi o uso de aplicativos de comunicação portátil, como o *WhatsApp*, *Telegram* e *e-mails*. Estes são colocados como formas complementares neste percurso.

Seu uso poderá promover mais agilidade para a manutenção da construção interdisciplinar, entre os profissionais que estejam desenvolvendo cuidados compartilhados entre diferentes serviços de saúde, por permitir o atendimento e acompanhamento dos usuários de saúde mental dentro deste sistema, como pontua ESF1.

[...] acho que deveria ter uma comunicação mais aberta [...], por meio de *WhatsApp*, *Telegram*, *e-mails*, para agilizar o atendimento e acompanhamento do usuário com demandas de ordem mental, por um contato mais direto (ESF1).

Contudo, a utilização dos aplicativos *WhatsApp* e *Telegram* ainda é pouco estudada no campo da comunicação e informatização em saúde. Ressalta-se que a escolha de um aplicativo de comunicação, seja mais viável do que a utilização de aplicativos de *e-mails*, devido à praticidade com que a mensagem instantânea é enviada e recebida, podendo auxiliar de forma rápida na comunicação interdisciplinar dentro da rede de saúde. Além dos aplicativos de comunicação, a implantação de linhas telefônicas fixas de comunicação em cada unidade de saúde é discutida, como evidenciada por CAPS23:

[...] acho que a comunicação por meio telefônico nas unidades se existisse seria mais fácil [...], porque não existe telefone nas unidades da APS, nem no CAPS, só tem no serviço hospitalar (CAPS23).

O relato supracitado evidencia a fragili-

dade com que se constitui o processo comunicativo, diante da perspectiva estrutural dos serviços de saúde do cenário estudado. O uso de uma rede fixa de telefone nas unidades de saúde é imprescindível, é um meio de comunicação que permite a abertura de sua porta para a comunidade, aproximando-a do atendimento diante do esclarecimento de possíveis dúvidas sobre os atendimentos ofertados^{18, 26}.

AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

O processo de reestruturação das equipes dos serviços de saúde é incorporado como elemento estratégico para que eles se tornem mais funcionais, atendendo assim às necessidades de saúde mental do território²⁷. A ampliação das equipes da ESF é posta como importante como pode-se observar no relato de ESF3.

[...] que existisse nas equipes de Saúde da Família, profissionais como psicólogo e assistente social, porque a gente se depara muito com doenças e sofrimentos, de todo tipo de privação social e psicológica (ESF3).

Esse processo de ampliação do número de membros que compõem atualmente as equipes da ESF deveria considerar as vulnerabilidades sociais e psicológicas que o território vivo é constituído. Nesse contexto, a incorporação de psicólogos e assistentes sociais, junto com enfermeiros, médicos,

dentistas, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, é capaz de qualificar a atenção à saúde mental dos usuários adscritos às referidas unidades de saúde. Para além da ampliação das equipes de APS, é preciso garantir a constituição dos quadros de profissionais já incorporados aos serviços de saúde, como evidenciado por ESF12.

[...] trabalhamos com uma quantidade pequena de pessoas, há um déficit de profissional [...] como nós não temos profissionais suficientes, a gente fica sem suporte. A demanda clínica é muito grande (ESF12).

O déficit do quadro de profissionais tende a promover a precarização do trabalho, diante da assistência prestada aos usuários e seus familiares, pela sobrecarga de trabalho direcionada a um número reduzido de trabalhadores. Esse percurso precário que atinge os trabalhadores é provocado geralmente pela má forma como a gestão pública, vem sendo conduzida, tendendo a provocar tensão na estrutura assistencial da rede de atenção à saúde, pela desarticulação da própria administração pública^{28,29}.

Neste caso, ressalta-se que é necessária a ocupação dos espaços de discussão e embates pelos profissionais e usuários, sobre as formas como a gestão vem atendendo as necessidades de saúde e a valorização do trabalho e dos trabalhadores nestes serviços^{9,27}.

Compreende-se nesse ínterim, que a qualificação profissional é posta como um elemento

estratégico dentro de todos os demais círculos (Figura 1), no qual o planejamento colaborativo, a troca de experiências, o uso de novas tecnologias e a valorização das rodas de discussão já promovem educação permanente em saúde.

Porém é preciso colocar em evidência este processo de qualificação, no qual os envolvidos possam demonstrar as necessidades percebidas dos seus territórios, aplicada a técnicas de ensino-aprendizagem em saúde mental que estimulem o protagonismo dos usuários, aproximando os participantes da realidade do território. Nesta perspectiva, a maioria dos profissionais que compõe os diversos serviços de saúde da rede, passaria a identificar e a compreender o território como um cenário vivo diante dos problemas de saúde mental vividos pelos usuários, aproximando-os de si, como observado por SI16.

[...] que tivesse uma capacitação em saúde mental trimestral, dentro de um cronograma, com os profissionais da saúde em geral, que quando se fala em saúde na minha concepção, é que tudo tem que ser interligado [...], todo mundo iria conhecer a problemática, visualizando a área como microárea, vendo o usuário mais próximo [...] (SI16).

São estes encontros de educação permanente em saúde, que produzirão discussões sobre a interpretação e compreensão do que se vê, do que se necessita aprender, do dito e o não dito frente o processo educativo dialógico. Relações que produzirão deslocamentos, afetações e aprendizagem

significativa para a produção colaborativa em saúde mental, a partir das necessidades locais, as quais fortalecem o SUS¹⁰.

Ademais, a melhor forma para o aprimoramento da qualificação ocorre pelo reconhecimento das formas de como se produz saúde, pelo desenvolvimento de práticas de saúde mental, voltadas agora para a colaboração em rede de atenção à saúde¹³. A valorização e a garantia de espaços educativos, tendem a ampliar a comunicação, a troca de saberes e vivências, que produzem parcerias, promovendo a qualificação das ações de saúde mental^{10,30}. Assim a promoção desses círculos colaborativos para a produção de saúde mental integrada em rede de saúde não busca padronizar tais elementos, mas sim, propor estratégias que podem ser aplicadas, replicadas e reformuladas de acordo com a realidade de cada sistema público de saúde diante das necessidades de saúde mental dos usuários e da prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propomos que as discussões sobre a desconstrução das formas de se fazer gestão e assistência à saúde mental sejam construídas a partir de modelos horizontais nos quais as vivências dos sujeitos, sejam usuários, profissionais e gestores, possam convergir. Assim, os diálogos em forma de Círculos de Planejamento Coletivo possibilitarão atender e reconhecer as necessidades de saúde dos

envolvidos. É a partir do olhar não hierarquizado, que a atenção à saúde mental poderá se tornar integrada em rede.

Sugere-se que os gestores trabalhem em conjunto com os profissionais da assistência, garantindo não só os espaços coletivos para os encontros interdisciplinares, como a implantação de uma rede tecnológica que permita a comunicação eficiente e condições de valorização profissional. Também é importante que a educação permanente possa ser realizada em diversos âmbitos da rede, para que os profissionais envolvidos no cuidado compartilhado em saúde mental, possam compreender o território como um cenário vivo diante

das necessidades e subjetividades de cada indivíduo.

A relação exclusiva da equipe do CAPS com as demais unidades de saúde foi considerada uma limitação, pois a atenção à saúde mental é desenvolvida por vários tipos de serviços, sejam unidades de saúde ou de apoio social. Entretanto, o cenário deste estudo apresenta similaridade com outras regiões de saúde, nas quais a atenção especializada à saúde mental é desenvolvida quase que exclusivamente pela atenção secundária, o que o torna elemento central, porém isolado, da produção de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Brasil, Ministério da Saúde: Brasília; 2013.
2. Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva-Júnior JA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev Cuid*. 2019; 10(1): e617. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>
3. Eslabão AD, Santos EO, Santos VCF, Rigatti R, Mello RM, Schneider JF. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *J. nurs. health*. 2019;9(1):e199101
4. Wonca. Organização Mundial de Médicos de Família. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. OMS; WONCA: Lisboa, 2008.
5. Campos GW de S. SUS: o que e como fazer?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018Jun;23(6):1707–14. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>
6. Braga FS, Olschowsky A, Wetzel C, Silva AB da, Nunes CK, Botega M da SX. Nurse's means of work in the articulation of the psychosocial care network. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020;41(spe):e20190160. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190160>
7. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília; 2011.
8. Lima ICS, Rodrigues PHA, Sampaio JJC. Atenção Psicossocial De Porta Aberta: Acesso E Desafios Da Comunicação Interprofissional Em Rede. *Essentia* (Sobral), v. 20, n. 2, 2019, p. 37-44.

9. Cardozo PS, Ferraz F, Yasui S, Souza DF de, Soratto J. Agir educativo-comunicativo na relação de assistentes sociais com familiares e usuários: a integralidade no cuidado em saúde mental. *Saude soc* [Internet]. 2019Oct;28(4):160–73. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190178>
10. Carvalho MS de, Merhy EE, Sousa MF de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019;23:e190211. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70; 2011.
12. Oliveira MM de, Campos GW de S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis* [Internet]. 2017Apr;27(2):187–206. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200002>
13. Merhy Emerson Elias, Feuerwerker Laura Camargo Macruz, Silva Erminia. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva* [Internet]. 2012 Abr [citado 2023 Jun 13]; 8(1): 25-34. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003&lng=es.
14. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT da, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019;23:e170627. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
15. Campos Gw. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, 18(1), 148-168. 2012. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012&lng=pt&tlng=pt.
16. Ramanuj PP, Pincus HA. Cuidado colaborativo: chega do porquê; e quanto ao como? *Br J Psychiatry*. Cambridge University Press; 2019; 215 (4): 573–6. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.99>
17. Saraiva SAL, Zepeda J, Liria AF. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Feb;25(2):553–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>
18. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc* [Internet]. 2011Oct;20(4):961–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
19. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007Feb;23(2):399–407. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
20. Pinto LF, Santos LJ dos. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Apr;25(4):1305–12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.34132019>
21. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema e-SUS Atenção Básica. Manual de Exportação - API Thrift. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Brasil, Ministério da Saúde: Brasília; 2015.

22. Baeta SR, Melo W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Jun;25(6):2289–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>
23. Hirdes A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde debate* [Internet]. 2018Jul;42(118):656–68. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811809>
24. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília-DF, 2013.
25. Bucci S, Schwannauer M, Berry N. The digital revolution and its impact on mental healthcare. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2019, 92, 277–297. DOI: <https://doi.org/10.1111/papt.12222>
26. Serra CG, Rodrigues PH de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010Nov;15:3579–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
27. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020May;25(5):1799–808. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
28. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, editor. *Saúde Loucura número 7: saúde mental e saúde da família*. Hucitec Editora; 2013. p.11- 52.
29. Casé V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti A, editor. *Saúde Loucura número 7: saúde mental e saúde da família*. Hucitec Editora; 2013. p.121-36.
30. Tãno BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis* [Internet]. 2019;29(1):e290108. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>

Como citar:

Lima ICS, Galiza DDF de, Ferreira Júnior AR, Cavalcante ASP, Nascimento CEM do, Sampaio JJC. Produção de práticas de saúde mental integradas em rede de atenção à saúde. *Dialog Interdis Psiq S Ment* [Internet]. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/dipsm/article/view/10863>