



ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTA ABERTA: ACESSO E DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM REDE

OPEN-DOOR PSYCHOSOCIAL CARE: ACCESS AND CHALLENGES OF THE NETWORKING INTERPROFESSIONAL COMMUNICATION

Israel Coutinho Sampaio Lima¹; Paulo Henrique de Almeida Rodrigues²;
José Jackson Coelho Sampaio³

RESUMO

Objetivou-se compreender como se apresentam o acesso e os fluxos de comunicação entre as equipes do Centro de Atenção Psicossocial, da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Indígena na atenção à saúde mental. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foram utilizadas como técnicas de coleta de informações a entrevista semiestruturada e o diário de campo. A sistematização dos dados deu-se pela análise do conteúdo, a qual originou as seguintes categorias empíricas: acesso ao Centro de Atenção Psicossocial, instrumentalização da comunicação e comunicação interprofissional. A compreensão sobre as formas de acesso e o estabelecimento dos fluxos de comunicação existentes entre estes serviços evidenciaram que o acesso ao Centro de Atenção Psicossocial vem sendo garantido pela atenção horizontal, diante do reconhecimento das necessidades e fragilidades do território. No entanto, esse percurso encontra desafios inerentes à integração entre os serviços de atenção primária e saúde mental. A principal causa se dá pela precarização da guia de referência e contrarreferência em papel, como principal estratégia de comunicação e garantia do acesso aos cuidados primários em saúde mental, além da ausência de apoio tecnológico e logístico que favoreça essa integração na Rede de Atenção à Saúde. É a partir da identificação das necessidades de saúde dos usuários e dos trabalhadores que operam que a promoção do acesso e a garantia de atendimento serão assegurados.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Comunicação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental.

ABSTRACT

It was aimed to understand the presentation of access and communication between the teams of the Center of Psychosocial Care, the Family Health Strategy, and the Indigenous Health in mental health care. This is an exploratory-descriptive study of qualitative approach. Semi-structured interviews and field diaries were used as information collection techniques. Systematization of data took place through content analysis, which gave rise to the following empirical categories: access to the Center of Psychosocial Care, instrumentalization of communication, and interprofessional communication. The understanding of the forms of access and the establishment of the communication flows, which exist within these services showed that access to the Center of Psychosocial Care, has been guaranteed by horizontal care, given the recognition of the needs and weaknesses of the territory. However, this path faces challenges inherent to the integration between primary care and mental health services. The main cause is the precariousness of the reference guide and counter-reference on paper, as the main communication strategy and guarantee of access to primary care in mental health, in addition to the lack of technological and logistical support that could favor this integration in the Healthcare Network. The identification of the health needs of users and workers who operate it is the starting point for the ensuring of the promotion of access and the guarantee of care.

Keywords: Access to Health Services, Communication, Primary Health Care, Mental Health.

Recebido em: 8 out 2019

Aprovado em: 7 jan 2020

¹ Bolsista (CAPES). Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: israel.coutinho@aluno.uece.br

² Doutor e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Cientista Social dUFF). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva vinculado ao Instituto de Medicina Social da UERJ. Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Reitor da UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil vem se desenvolvendo como cuidado psicossocial a partir da Lei 10.216, de 2011, por meio da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2013a). Esta política busca garantir o acesso e a livre circulação dos usuários com problemas mentais por todos os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em sua articulação com os demais serviços de apoio social (BRASIL, 2013b).

Desta forma, a rede de saúde deve estabelecer fluxos de comunicação que se constituam através da relação compartilhada do cuidado entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dos Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UA), leitos de atenção integral, e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), além da Saúde Indígena (SI). A última se destaca, pois funciona como sistema autônomo da atenção primária a estes povos e demais serviços de apoio presentes no território brasileiro (BRASIL, 2011).

É neste processo de integração entre cuidados primários e especializados em saúde mental que o uso da comunicação se torna importante e imprescindível para os sujeitos que cuidam e para os que são cuidados, pois permite construir vínculos e um espaço de discussão criativo e crítico entre os profissionais e destes com os usuários, atendendo, assim, a necessidade de ambos (MERHY; FEUERWERKER, 2009). A interprofissionalidade neste campo vem sendo promovida pela abertura do processo de trabalho pelo grupo de profissionais que cuidam. É através do compartilhamento do saber e o fazer em ato que resulta a compreensão e a interpretação ampliada dos fenômenos existentes no território, os quais vêm favorecendo a integração dos saberes e a modificação das práticas em um modelo, agora, coletivo (ELLERY, 2018).

No entanto, a garantia do acesso e da comunicação interprofissional nestes serviços de saúde enfrenta desafios postos pela forma hierarquizada e fragmentada como a RAS foi implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2015), no qual usuários e profissionais de saúde enfrentam barreiras ligadas às estratégias que buscam garantir o acesso, a comunicação e a gestão compartilhada dos casos atendidos, tais

como: a má gestão dos fluxos dos serviços, dos instrumentos que guiam a referência e contrarreferência, da ausência de apoio técnico-logístico que possa garantir o acesso, a comunicação e atenção integral à saúde mental da população (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Ao compreender como essas limitações surgem, é possível que gestores e profissionais possam construir uma rede de saúde que atenda às reais necessidades de saúde mental existentes no território. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), o reconhecimento das vulnerabilidades e o desenvolvimento de estratégias que aproximem a população da atenção à saúde mental possibilitarão a garantia da atenção à saúde universal.

O estudo teve como objetivo compreender como se apresentam o acesso e os fluxos de comunicação entre as equipes do Centro de Atenção Psicossocial, da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Indígena na atenção à saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Esta metodologia permite que o pesquisador possa acessar, compreender e interpretar as unidades objetivas e subjetivas dos fenômenos (GIL, 2016). Desta forma, foi possível compreender como as formas de acesso e os fluxos de comunicação entre o CAPS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a SI na busca pela atenção à saúde mental estão estabelecidas no contexto estudado.

Esse estudo ocorreu na cidade de Crateús, Ceará, Brasil, com porte populacional de 72.812 mil habitantes, para o ano de 2010 (BRASIL, 2010). O universo estudado correspondeu a sete equipes de saúde: cinco da ESF, uma da SI e um CAPS. A escolha do CAPS se deu por ser o único serviço exclusivo de atenção à saúde mental do território. O grupo de participantes estudado foi composto por profissionais da equipe multiprofissional: enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, dentista, assistente social, psicólogo, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Indígena de Saúde (AIS). A coleta e o período de análise das informações tiveram início em setembro de 2017 e finalizaram-se em novembro do mesmo ano. A

saturação dos dados ocorreu após a 26ª entrevista, pois os relatos concedidos deixaram de apresentar significância para a compreensão do fenômeno investigado.

Do total de participantes (n=26), a maioria pertence ao sexo feminino (n=18). Quanto à faixa etária, destacam-se os profissionais com idade entre 30 e 39 anos (n=13), de 20 a 29 anos (n=5), 40 a 49 e 50 a 59 (ambos com n=4). A enfermagem apresentou notoriedade dentro da área de formação dos profissionais com um total de 12 participantes, seguida da medicina e psicologia (ambas com 3), terapia ocupacional (n=1), serviço social (n=2), odontologia (n=1), ACS (n=3), AIS (n=1).

As técnicas utilizadas para a abordagem qualitativa foram a entrevista individual semiestruturada, gravada em MP3 e o diário de campo. A entrevista foi viabilizada por meio das questões norteadoras: 1) Como se dá o acesso dos usuários ao Centro de Atenção Psicossocial? 2) Como ocorre a comunicação entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Saúde da Família e/ou Saúde Indígena diante das necessidades de saúde mental dos usuários destes serviços?

O tratamento dos dados foi realizado durante e após a transcrição das entrevistas, por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011), baseando-se no referencial teórico para análise sobre as formas de acesso e dos fluxos de comunicação existentes entre atenção primária e atenção secundária enquanto serviços que fazem parte de uma rede de saúde que deve estar integrada. Sendo possível construir as seguintes categorias empíricas: acesso ao centro de atenção psicossocial, instrumentalização da comunicação e comunicação interprofissional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, com parecer: 1.818.261. A participação dos entrevistados foi condicionada pelo aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual garantiu o sigilo e anonimato. As entrevistas foram codificadas por meio das siglas da equipe e enumeradas de acordo com a ordem de entrevista concedida, exemplo: ESF1; SI4; CAPS10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias empíricas: acesso ao centro de atenção psicossocial, instrumentalização da comunicação e comunicação interprofissional, apresentaram os relatos dos participantes do estudo, cuja narrativa se inicia com a exposição sobre como o usuário acessa e é atendido no Centro de Atenção Psicossocial, além das formas como os fluxos de comunicação são construídos diante da corresponsabilização do cuidado em RAS.

Acesso ao Centro de Atenção Psicossocial

Neste contexto, o atendimento horizontal à população vem sendo promovido pelo CAPS, através do acolhimento das necessidades de saúde mental dos usuários, por meio da demanda espontânea ou pelo encaminhamento dos casos atendidos por outros serviços do território, como a ESF, a SI, a rede hospitalar, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a promotoria e o juizado, conforme anunciam os participantes da pesquisa:

“Bem, o usuário vem diretamente da atenção básica, através de encaminhamento impresso e muitas vezes ele também vem por demanda livre.” (CAPS17)

“Aqui ele vem através de encaminhamento [...], a atenção básica manda a guia de encaminhamento para cá, e a gente recebe, só que quando chega paciente sem guia de referência, a gente faz o acolhimento e a gente dá entrada no serviço caso seja necessário [...]” (CAPS19)

“A gente tem a demanda espontânea, demanda pela ESF, da Saúde Indígena, do hospital, da UPA, do Centro de Referência de Assistência Social, do Centro de Referência Especializado de Assistência Social, promotoria e juizado. É praticamente porta aberta, porque boa parte destas pessoas nem cobramos mais a guia de referência.” (CAPS25)

É através desse processo de gestão horizontal que o CAPS do município vem buscando atender às necessidades dos usuários e dos demais serviços do presente território por meio de múltiplas estratégias que permitem o acesso aos serviços especializados em saúde mental. Esse modelo de gestão busca romper com as relações verticalizadas, como os serviços de saúde estão organizados no Brasil (MENDES, 2015).

Desta forma, entendemos que a gestão do CAPS, neste contexto, busca promover através da porta aberta de seus serviços a garantia do acesso e

atenção à saúde mental, avaliando cada caso, não se limitando à relação vertical do processo de referência entre os serviços que compõem a rede de saúde. Tal estratégia favorece a efetivação do vínculo entre usuários e serviços, sejam eles de saúde ou de apoio social jurídico.

Ao estabelecer a porta aberta como estratégia de acesso e vínculo com os demais serviços existentes no território, a coordenação do CAPS se respalda na Portaria no 3.088 que institui a RAPS ao considerar o art. 3º, o qual busca promover e ampliar o acesso à atenção psicossocial por meio da articulação e integração dos vários pontos da rede de saúde na comunidade (BRASIL, 2011).

Esta realidade apresenta grande similaridade com o contexto da atenção psicossocial de Sobral, Ceará, Brasil, segundo Quinderé, Jorge e Franco (2014) onde os serviços de saúde mental apresentam múltiplas portas de entrada. Desta forma, os usuários podem ser referenciados por diversas unidades de saúde do município, como pelos diversos setores sociais, ou empresas privadas, nos quais os serviços de saúde mental se adequam às necessidades da população e dos demais setores existentes no território. Onde as múltiplas formas de entrada ampliam e propiciam maior acesso e atendimento dos serviços de referência da atenção psicossocial.

É essa flexibilidade sobre as formas de acesso à atenção psicossocial, através da porta aberta, que torna esta temática um ponto de discussão importante, diante da forma hierarquizada que a RAS no Brasil é instituída, através do processo de referência e contrarreferência (BRASIL, 2017). O estudo realizado em Sobral apontou que a referência e a contrarreferência são elementos burocratizadores dos fluxos entre os serviços, os quais não garantem maior acesso à rede de saúde do território (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Diante desta afirmativa surgem os seguintes questionamentos frente a tamanho desafio: a não preferência sobre a referência entre os serviços de saúde da rede provocaria o desconhecimento sobre a real situação de saúde dos usuários e da comunidade para a gestão? Até que ponto podemos considerar tal estratégia como uma facilidade?

Para responder tamanhas indagações, propomos três considerações. A primeira: de que a ESF é o meio organizador da APS, a qual deve tomar conhecimento sobre a situação de saúde de sua população adscrita, para que, assim, desenvolva ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde, articulando-se com toda a RAS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017); a segunda e a terceira partem da observação empírica no cenário do estudo, diante da inexistência de um centro regulador entre CAPS, ESF, SI e demais dispositivos existentes no território que garantam suporte ao processo de referência (SERRA; RODRIGUES, 2010) e pela ausência de um agente que monitore o usuário dentro da rede (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

Ao refletir sobre tais perguntas, tendo em vista as considerações supracitadas com base na interpretação dos dados estudados, afirmamos que há um risco parcial ou total sobre o desconhecimento da situação de saúde do presente território. Esse risco é real e já existe em grande parte dos municípios brasileiros que se assemelham ao cenário deste estudo, devido à ausência de meio logístico tecnológico e de agentes responsáveis para o desenvolvimento do monitoramento através de um centro regulador, ligado a APS. Porém, consideramos que a não preferência para a utilização do processo de referência no município estudado constitui-se como elemento facilitador estratégico para o acesso e atendimento pelo CAPS.

Compreendemos que o processo regulador da referência que a RAS deve seguir só terá êxito por meio de uma reorganização e reestruturação profissional e tecnológica dos serviços, os quais garantam atendimento e monitoramento em todos os pontos da rede de saúde.

Obrigar o aceite da referência dentro do processo de trabalho em saúde mental, por considerar que a rede deve ser hierarquizada, em um cenário que não apresenta aporte logístico para gerir os fluxos de usuários que buscam por respostas para suas necessidades, seria o mesmo que dificultar o acesso e o atendimento do usuário ao serviço de saúde mental, diante das limitações existentes nesta rede de saúde.

Desta forma, a gestão deste serviço busca planejar suas ações, considerando as necessidades de saúde da comunidade diante das diversas formas de acesso e dos fluxos de comunicação entre os serviços existentes. É essa flexibilização promovida pela atenção horizontal que permite e favorece o acesso e a articulação entre os serviços (BRASIL, 2013a).

A instrumentalização da comunicação

Ao interpretar como a comunicação formal se constrói no cenário do estudo, compreende-se que este processo se dá através da referência e da contrarreferência entre unidades que compõem a atenção primária com o CAPS e deste com os demais serviços da rede. Porém esta estratégia para os entrevistados se apresenta com ineficiente devido à não utilização das guias de contrarreferência por parte dos profissionais do serviço, gerando discussões entre a coordenação das unidades da APS com o CAPS, como pode ser observado nas falas de ESF2 e SI16.

“[...] a comunicação ocorre através da guia de referência impressa, que o paciente leva para o CAPS. A contrarreferência não existe. Há uns meses, teve até uma reunião com a coordenação da atenção básica e do CAPS, com o psiquiatra e outros profissionais. Foi sugerido que os profissionais articularsem melhor essa contrarreferência, pois ele volta sem saber o que aconteceu [...], quando ele volta né [...], se não formos atrás ele fica perdido [...]” (ESF2)

“[...] eu tenho 12 anos que trabalho e sempre vai à referência impressa, no verso tem a contrarreferência [...] é sempre uma discussão em relação a isso, porque não tem a contrarreferência, para poder saber se o paciente vai ser acompanhado, se já acabou o tratamento[...]” (SI16)

Consideramos que os problemas advindos da comunicação entre CAPS, ESF e SI partem da forma como a estratégia de referência e contrarreferência foi planejada e implementada pela gestão local. Não podemos resumir este problema à adequação ou adaptação da equipe à guia de referência e contrarreferência, conforme apresentado nas falas (ESF2 e SI16) como elemento central problematizador. Tendo em vista os demais aspectos ligados ao próprio modelo da guia de referência e contrarreferência em papel, a portabilidade deste instrumento pelos próprios usuários torna este o elemento vinculador entre os serviços de saúde. O caracterizando como responsável legal pelo manuseio logístico da referência e da contrarreferência dentro do território.

Diante de tal achado, identifica-se a primeira razão sobre a ineficiência desta estratégia de comunicação, uma vez que, no campo operacional, a forma como ela foi implementada lhe põe um dado grau limitante para o exercício da comunicação através da guia de referência e contrarreferência impressa. Por não ser um instrumento digital em plataforma informatizada, o gestor local não consegue exercer o papel de mediador e regulador do sistema de saúde. Com isso, a garantia do acesso e do atendimento

contínuo entre os profissionais dos diversos serviços da rede fica comprometida.

Tais falhas sobre a forma como a referência e a contrarreferência foram implementadas pela gestão local tendem a comprometer o processo de trabalho destes profissionais diante do atendimento e acompanhamento dos casos de saúde mental, referenciados e contrarreferenciados entre CAPS, ESF e SI, afetando diretamente os usuários de saúde mental, os quais são responsabilizados em um dado grau pela portabilidade desta guia e pelo fornecimento de informações sobre condutas realizadas nos serviços de saúde do território conforme o relato de ESF4.

“[...] existe na ficha de referência, o campo da contrarreferência embaixo, mas nunca acontece essa contrarreferência [...], o problema são os profissionais mesmo [...], aí quando vai ao CAPS, e volta eu pergunto o que passaram, aí o usuário não sabe responder, eu peço para voltar no CAPS, para buscar a informação, para que eu possa saber o que foi feito, para colocar no prontuário [...]” (ESF4)

É importante que os sujeitos que cuidam compreendam que a portabilidade da guia de referência e contrarreferência pelos usuários da rede SUS já possui um aspecto limitante diante de seu manuseio pessoal, principalmente quando estes usuários vivem com algum tipo de desordem mental. Além disso, outra falha se dá pela não garantia de atendimento, mesmo o usuário portando a guia de contrarreferência do CAPS para a APS, como observa CAPS18.

“Já teve alguns casos, tipo: as vezes quando o caso é leve, como somos porta aberta, encaminhamos para a Estratégia Saúde da Família, o usuário fica perdido na rede. Ele se assusta! O paciente fica sem atendimento algum, se desespera, aí volta para o CAPS pior. Hoje o que eu estou fazendo ao invés de encaminhar para a ESF, eu faço o protocolo, falo que irei encaminhar, se ficar sem atendimento e ele ver que vai apresentar alguma alteração pode retornar [...]” (CAPS18)

A fala de CAPS18 evidencia um desafio a ser enfrentado devido à ineficiência da referência e a contrarreferência que estão implantadas neste município. Essa peregrinação diante da não garantia de acesso e atendimento à saúde mental pelos serviços do presente território pode agravar mais o estado de saúde dessa população.

Estes aspetos limitantes sobre o modelo impresso da guia de referência e contrarreferência é descrito em outros estudos no território brasileiro, havendo similaridade inclusive com a

precariedade ou inexistência de ferramentas informatizadas para o desenvolvimento da comunicação entre serviços, da regulação e monitorização dos usuários na rede, os quais possam garantir o acesso, atendimento e acompanhamento de suas necessidades de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010; GOMES; SILVA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013; NORA; JUNGES, 2013).

A potência da informatização da rede está em possibilitar aos gestores e profissionais da APS monitorar as necessidades de saúde dos usuários, por meio da coleta, análise e interpretação dos dados armazenados no sistema, o que viabiliza desenvolver planos de ação para lidar diretamente com os problemas sociais e de saúde (STARFIELD, 2002).

É essa interconexão através da comunicação por meio dos processos de trabalho entre APS e demais serviços especializados que a (OMS, 2008) põe como elemento indispensável ao desenvolvimento da promoção e da atenção à saúde mental por todos os serviços universais de saúde.

Ressaltamos que a forma como a comunicação neste município foi planejada por meio da referência e contrarreferência não garantirá o princípio da integralidade entendido por Mattos (2004), enquanto dimensão prática, que busca construir um processo de trabalho entre profissionais e usuários dentro da RAS, ou pelo desabono da integralidade enquanto princípio organizador do processo de trabalho diante das necessidades dos usuários, ou como políticas especiais, as quais pretendem dar respostas às necessidades de saúde do usuário ou de certo grupo populacional.

Comunicação interprofissional

Neste campo temático foi possível compreender que a comunicação entre CAPS, ESF e SI vem sendo estruturada através do vínculo criado entre os profissionais destes serviços, em razão da inexistência de tecnologias da informatização, que atendam às reais necessidades dos usuários e dos profissionais desta rede de saúde.

Ressaltamos que a construção da comunicação neste contexto faz parte das tecnologias leves, a qual advém da ação do contato interprofissional, por meio de estratégias ágeis que buscam atender

às necessidades de saúde dos usuários da rede (MERHY; FEUERWERKER, 2009), por meio das práticas compartilhadas dos diversos saberes existentes na equipe, que buscam promover novas estratégias que possam atender às necessidades existentes (ELLERY, 2018).

Desta forma, o trabalho interprofissional deve ser construído por meio de uma relação contínua a qual permaneça em constante interação, na busca por consenso entre os envolvidos, atendendo, assim, às necessidades de saúde mental dos usuários e de suas famílias (ELOIA; VIEIRA; ELOIA, 2019).

Apesar da comunicação interprofissional ser desenvolvida como meio promotor de cuidados à saúde mental e isso ser um fator potencial que é fortificado pela empatia ou um dado grau de amizade entre os profissionais dos serviços, essas relações são diariamente dificultadas pela ausência de telefone nas unidades de saúde do município estudado, de sistema informatizado com computadores e internet, como evidenciam ESF2, ESF3, ESF12 e CAPS19.

“[...] procuro eles por telefone pessoal, para as pessoas que conheço, uso WhatsApp, ou então vou até lá no CAPS.” (ESF2)

“[...] ligamos para o colega diretamente e pedimos uma atenção especial para o caso. Usamos o telefone pessoal, por não ter telefone na unidade, nem internet ou computador.” (ESF3)

“[...] tem comunicação mesmo por telefone pessoal, porque nas unidades não tem telefone [...], não temos computador ou internet [...], aí a gente conhece os colegas, entramos em contato, aí os colegas tomam as providências [...]” (ESF12)

“A gente vai lá, quando precisamos de informação de uma paciente [...], fazemos também o contato por telefone pessoal porque o CAPS não tem telefone e a unidade de Saúde da Família também não tem.” (CAPS19)

É diante das limitações representadas no discurso de ESF2, ESF3, ESF12 e CAPS19, que os profissionais evidenciam fazer uso do próprio aparelho celular, seja via chamada ou aplicativo de comunicação, além do contato direto, a fim de unir esforços em prol do atendimento das necessidades de saúde mental dos usuários destes serviços.

Estas mesmas limitações são relatadas em serviços de saúde do Rio de Janeiro, Brasil, onde inúmeras equipes da ESF e atenção especializada não contam com telefones, nem computadores em rede, portanto não possuem prontuário eletrônico para que a comunicação seja desenvolvida de forma ágil com o registro das informações no

sistema. Desta forma, a precariedade em termos de informação e comunicação prejudicam o processo de comunicação no trabalho dos profissionais da RAS (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O enfermeiro é destacado no diálogo de CAPS25 como profissional que comumente busca fortalecer a comunicação interprofissional através do contato direto em uma ação de corresponsabilização dos usuários atendidos de forma compartilhada entre APS e CAPS.

“[...] tem alguns enfermeiros que eles vêm pessoalmente aqui para tratar do caso, mas é sempre enfermeiro [...] liga para um de nós, para pedir uma ajuda, uma opinião, um apoio [...]” (CAPS25)

Essa busca pelo contato interprofissional, demonstra uma possível sensibilidade e caráter de responsabilidade em detrimento do vínculo deste profissional com a comunidade que faz parte de seu território sanitário. Este esforço é visto como uma potencialidade, na qual o sujeito que cuida entende sua importância para toda uma comunidade, como agente modificador do meio e das condições de saúde dessa população. É através desse apoderamento profissional que a responsabilização pelo usuário tenta perpassar as limitações destes fluxos de comunicação. Estes profissionais entendem que são capazes de promover melhorias na atenção à saúde para uma dada coletividade.

Este sentimento de compromisso é descrito como “convocação à responsabilidade” em um cenário no qual o profissional toma o território e o processo de trabalho para si, através do ato de ser responsável por algo e alguém (SILVA, 2005).

É esse processo desafiador que nos faz refletir de forma crítica sobre a forma como a gestão da RAS vem lidando com o processo de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde deste contexto, sobretudo das condições epidemiológicas do território, diante das necessidades dos usuários do SUS.

É importante que os gestores e profissionais da saúde compreendam que esse processo de comunicação só se concretizará de forma efetiva se considerarem três aspectos estruturais: a construção do processo de trabalho do profissional, o conjunto de elementos da produção do trabalho e os elementos que são tidos como instrumentos ou ferramentas para o desenvolvimento pleno do trabalho. Assim, o planejamento das ações ou elaboração de estratégias, os quais não consideram

um certo saber tecnológico que consiga prover e juntar estes três aspectos estruturais em um produto final, não garantirá o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Outra correlação no campo político aponta que a fragilidade da estrutura dos serviços públicos de saúde na atualidade, que infere diretamente sobre o processo de trabalho, comunicação e conexão entre profissionais e serviços da RAS, dá-se pela desarticulação como o SUS vem sendo gerido. Essa fragmentação pode estar ligada ao atendimento de outras necessidades, as quais não atendem os princípios da saúde coletiva pelos gestores do SUS (RODRIGUES; SANTOS, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão sobre as formas de acesso e a construção dos fluxos de comunicação na atenção à saúde mental, considerando os desafios postos pela gestão do sistema de saúde do município estudado, permitiu inferir que o atendimento de porta aberta na atenção psicossocial emerge da sensibilidade do trabalho interprofissional diante do sentimento de responsabilidade pelo cuidado do outro. Estas são estratégias que podem contribuir para mudanças do trabalho na atenção à saúde mental.

O atendimento de porta aberta em um fluxo de demanda espontânea demonstrou agregar positivamente na garantia do acesso e atenção às necessidades de saúde mental dos usuários da rede. Esta estratégia favoreceu maior vínculo entre usuários e CAPS e deste com os demais serviços sociais e de saúde do território. Romper com essa forma hierarquizada com que a RAS vem sendo construída no Brasil é um desafio a ser enfrentado. Considerando que instituir um processo hierárquico entre os serviços da rede, por meio da referência e contrarreferência em guia impressa, em um sistema que não apresenta aporte tecnológico-logístico, é o mesmo que dificultar o acesso e precarizar a gestão do cuidado compartilhado, diante da ineficiência desta estratégia.

É importante que gestores e profissionais compreendam que as falhas geradas pelo planejamento e implementação destas estratégias tendem a promover a fragmentação do trabalho e da comunicação. A transferência da culpa pela ineficiência de tais estratégias não deve ser transferida para os demais profissionais envolvidos

na atenção à saúde mental ou aos usuários da rede. Compreendemos que é a partir da identificação das necessidades de saúde dos usuários e dos trabalhadores que o operam é que a promoção do acesso e a garantia de atendimento serão garantidas.

Um fator limitador que se tornou um desafio está na centralidade da atenção especializada em saúde mental neste município ser realizada exclusivamente pelo CAPS, sendo este último o único serviço especializado em saúde mental de Crateús, quando se estuda RAS e as suas diversas conexões dentro do território. Porém essa é uma realidade que se assemelha a grande parte dos municípios brasileiros onde a RAS apresenta apenas um CAPS como serviço especializado em saúde mental.

Apesar do cenário do estudo se constituir como fator limitante para sua representatividade nacional, acreditamos que a compreensão das experiências vividas e descritas neste estudo pode auxiliar a reconstrução de estratégias que possam garantir o acesso, a atenção à saúde mental e a melhoria da comunicação entre os serviços da ESF, SI e atenção psicossocial em contextos similares.

REFERÊNCIAS

Brasil. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: cidade de Crateús, Ceará, Brasil*. Brasília: IBGE. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Circular Conjunta n. 01/03, de 13 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.

Ellery, A.E.L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R.B. et al. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA. 2018. p.146-50.

Eloia, S.M.C.; Vieira, R.M.; EloiaA, S.C. A relação interpessoal entre profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Essentia (Sobral/CE)*, v. 20, n. 1, p. 2-8, 2019.

Gil, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6 ed. São Paulo: Gen/atlas. 2016.

Giovanella, L. et al. *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

Gomes, F.M.; Silva, M.G.C. *Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte*. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, supl. 1, p. 893-902, 2011.

World Health Organization (WHO). *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization. 2018.

World Health Organization(WHO). World Organization of Family Doctors (WONCA). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. WHO; WONCA: Lisboa. 2008.

Mattos, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

Mendes, E.V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. 2015.

Merhy, E.E.; Feuerwerker, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS. 2009. p.29-74.

Nora, C.R.D.; Junges, J.R. *Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática*. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

Quindere, P.H.D.; Jorge, M.S.B.; Franco, T.B. *Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?*. *Physis*, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

Rodrigues, P.H.A.; Santos, I.S. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2011.

Serra, C.G.; Rodrigues, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

Silva, M.B.B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

Viegas, S.M.F; Penna, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.