



PROCESSO DE TRABALHO E FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luana Cristina Bellini Cardoso¹ 

Guilherme Oliveira de Arruda¹ 

Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda² 

Marcelle Paiano¹ 

Leandro Barbosa de Pinho³ 

Sonia Silva Marcon¹ 

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: conhecer o processo de trabalho e o fluxo de atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Método: estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em seis das 34 Unidades Básicas de Saúde de um município do Noroeste do Paraná. Participaram do estudo 29 profissionais da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2018 por meio de entrevista aberta, única, individual e gravada. As falas foram transcritas na íntegra e o material resultante foi organizado no *software* IRaMuTeQ[®] e submetido ao processo de análise de conteúdo modalidade temática.

Resultados: a partir dos relatos dos participantes pôde-se criar um fluxograma do atendimento, e após as etapas de processamento dos dados no *software*, juntamente com a análise de conteúdo, emergiram três categorias. Destacou-se a importância do trabalho do agente comunitário de saúde, a presença da família, o direcionamento dos pacientes para os grupos terapêuticos e para a rede especializada, a assistência dispensada aos indivíduos em momentos de agudização do transtorno e o retorno do mesmo para a unidade.

Conclusão: pode-se compreender que a rede de atendimento em saúde mental, na Atenção Primária à Saúde, é complexa e há necessidade da comunicabilidade entre os serviços, pois a desarticulação gera ambiguidades na continuidade do cuidado.

DESCRITORES: Saúde mental. Fluxo de trabalho. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Assistência à saúde mental.

COMO CITAR: Cardoso LCB, Arruda GO, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB, Marcon SS. Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>

WORK PROCESS AND MENTAL HEALTH CARE FLOW IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: to know the work process and mental health care flow in Primary Health Care from the perspective of Family Health Strategy professionals.

Method: a descriptive and qualitative study developed in six of the 34 Basic Health Units in a city in northwestern Paraná. Twenty-nine Family Health Strategy professionals participated in the study. Data were collected from February to June 2018 through an open, single, individual and recorded interview. The statements were transcribed in full, and the resulting material was organized in the IRaMuTeQ® software and subjected to thematic content analysis.

Results: from participants' reports, it was possible to create a service flowchart, and after the data processing steps in the software, together with content analysis, three categories emerged. The importance of community health workers' work, family presence, referring patients to therapeutic groups and a specialized network, assistance provided to individuals in times of acute disorder and patient referral to the unit stood out.

Conclusion: it can be understood that the mental health care network in Primary Health Care is complex and there is a need for communicability between services, as disarticulation generates ambiguities in continuity of care.

DESCRIPTORS: Mental health. Workflow. Primary health care. Family health strategy. Mental health assistance.

PROCESO DE TRABAJO Y FLUJO DE LA ATENCIÓN MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: conocer el proceso de trabajo y el flujo de atención en salud mental en Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar.

Método: estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en seis de las 34 Unidades Básicas de Salud de un municipio del noroeste de Paraná. Participaron en el estudio 29 profesionales de la Estrategia de Salud Familiar. Los datos se recolectaron de febrero a junio de 2018 a través de una entrevista abierta, única, individual y grabada. Los discursos fueron transcritos íntegramente y el material resultante fue organizado en el software IRaMuTeQ® y sometido a la modalidad temática proceso de análisis de contenido.

Resultados: a partir de los informes de los participantes, fue posible crear un diagrama de flujo del servicio, y luego de los pasos de procesamiento de datos en el software, junto con el análisis de contenido, surgieron tres categorías. Se resaltó la importancia del trabajo del agente comunitario de salud, la presencia de la familia, la orientación de los pacientes a los grupos terapéuticos y a la red especializada, la asistencia brindada a los individuos en momentos de agravamiento del trastorno y el retorno de los mismos al unidad.

Conclusión: se puede entender que la red de atención en salud mental en Atención Primaria de Salud es compleja y existe la necesidad de comunicabilidad entre servicios, ya que la desarticulación genera ambigüedades en la continuidad de la atención.

DESCRIPTORES: Salud mental. Flujo de trabajo. Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Atención a la salud mental.

INTRODUÇÃO

A falta de acesso aos serviços e cuidados adequados em saúde mental, ou mesmo as dificuldades em se alcançar dispositivos capazes de reconhecer ou diagnosticar o transtorno mental é denominado hiato terapêutico (*mental health gap*).¹⁻² O hiato terapêutico representa importante problema quando se trata do cuidado em saúde mental, porque, por exemplo, em países de baixa e média renda, até três quartos das pessoas com transtornos mentais não recebem o tratamento que deveriam receber.¹

Nesse sentido, conforme aponta estudo de revisão da literatura, uma das principais estratégias a serem implementadas para se combater as barreiras de acesso e a considerável distância entre a convivência com o transtorno e a possibilidade de se garantir o direito à assistência, é a integração do cuidado em saúde mental aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).³ Grande parte dos problemas em saúde mental podem ser resolvidos nesse nível de atenção, sem necessidade de encaminhamento aos níveis especializados. Destaca-se que a Reforma Psiquiátrica fomentou a desinstitucionalização dos sujeitos e consolidou bases territoriais para o cuidado em saúde mental.⁴

A literatura aponta altas prevalências de transtornos mentais entre pessoas que são acompanhadas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil. Estudo realizado na Região Sul identificou que 18% das 1.593 pessoas, com mais de 60 anos, inquiridas, apresentavam sintomas depressivos em grau considerável.⁵ Na região Sudeste, identificou-se, junto a 1.466 pessoas, prevalências altas de Transtorno Mental Comum (20,5%), Transtorno Mental Comum de intensidade grave (32%), casos que indicavam diagnóstico de transtorno ansioso (37%) e depressivo (25,1%).⁶

Tanto deve ser a capacidade de a APS atuar junto às condições em saúde mental que, estudo realizado a partir de dados secundários apontou associação inversa e significativa entre a oferta de serviços da APS e as taxas de internação por transtornos mentais, mais especificamente aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas, entre os homens, nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro, e os de humor, entre as mulheres, na região metropolitana do Rio de Janeiro.⁷

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na atenção à saúde mental da população, pois sua concepção de saúde é mais ampla, assim como o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. Contudo, é necessário implementar a mudança do modelo biomédico tradicional para um modelo holístico, centrado na integralidade dos sujeitos, em suas relações familiares e sociais,⁸ além de se endossar a perspectiva do acolhimento como balizadora da assistência prestada.⁹

Ainda se fazem presentes na literatura controvérsias no que tange à efetividade dos serviços substitutivos e da APS em relação aos transtornos mentais. Estima-se que, no Brasil, um a cada cinco brasileiros, necessita de assistência em saúde mental, embora, às vezes, essa necessidade passe despercebida pelos serviços da APS.¹⁰ Em pesquisa realizada com 27 profissionais atuantes na ESF compreendeu-se que as equipes percebem as demandas que se apresentam, conseguem reconhecer recursos para o atendimento, contudo, citam barreiras para integrar esses recursos e desenvolver um cuidado efetivo.¹¹

A abordagem da saúde mental no âmbito da APS parece complexa, embora presente e recorrente no cotidiano de trabalho dos profissionais dessa esfera de atendimento.¹² Frente a esse contexto ambíguo, suscitam-se os seguintes questionamentos: como ocorre o trabalho das equipes de saúde da APS no atendimento às pessoas que convivem com transtornos mentais? Como se desenha o fluxo de atendimento nesse nível de atenção para que o usuário consiga acessar um cuidado adequado, e que fatores permeiam esse fluxo?

Diante dessas questões de pesquisa, no presente estudo pretende-se conhecer o processo de trabalho e o fluxo de atendimento em saúde mental na APS, sob a ótica dos profissionais da ESF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em seis das 34 UBS consideradas de maior fluxo de atendimento em saúde mental, com, em média, três equipes de ESF cada, situadas em um município no Noroeste do Paraná.

Foram convidados 35 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e psicólogos, dos quais três estavam afastados e três recusaram-se a participar devido à demanda de trabalho e falta de tempo, portanto, foram 29 profissionais os participantes do estudo. Foram inseridos os profissionais que estivessem em exercício no cargo há pelo menos seis meses e excluídos aqueles afastados por qualquer motivo durante o período da coleta de dados. A opção por esses profissionais ocorreu por serem os mais preparados para a avaliação e preenchimento da estratificação de risco em saúde mental e por serem os principais responsáveis pelos atendimentos e encaminhamentos para o serviço especializado.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2018, mediante entrevista aberta, única, individual, gravada em mídia digital, com duração média de 40 minutos. A primeira autora - que tinha experiência em pesquisa qualitativa e não possuía contato prévio com os participantes - foi responsável pelas entrevistas, previamente agendadas e realizadas em sala privativa na própria instituição, em horário de escolha dos participantes, sem que houvesse ou com interferência mínima em suas atividades.

Durante as entrevistas empregou-se a seguinte questão disparadora como é a assistência prestada aos indivíduos com transtornos mentais e suas famílias na UBS? Outras perguntas foram incluídas para aprofundar os dados e esclarecer dúvidas que surgiram no decorrer das entrevistas. Utilizou-se um questionário estruturado para acessar dados sociodemográficos e relacionados à formação e experiência profissional.

As falas foram transcritas na íntegra, e o material resultante foi organizado no *software* IRaMuTeQ® e submetido ao processo de análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.¹³ Os resultados foram discutidos com base nas premissas teóricas expressas pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental,¹⁴ Linha Guia de Saúde Mental do Estado do Paraná,¹⁵ e Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Município.¹⁶

Para apoiar a análise dos dados utilizou-se o *software* IRaMuTeQ® 0.7 Alfa 2.3.3.1 (*Interface do R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que é disponibilizado gratuitamente e do tipo *open source*. Para este estudo foi utilizada a análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial) que representa, em um plano cartesiano, as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD. A interface possibilita que se recuperem, no corpus original, os segmentos de texto associados a cada classe, momento em que se obtém o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados,¹⁷ sempre conduzida pela capacidade analítica e de interpretação do pesquisador.

Para atender aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, respeitando-se os preceitos éticos conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes manifestaram sua anuência em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor, e para garantir-lhes o anonimato estão identificados com a letra P, seguida do número indicativo da ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Dos 29 participantes do estudo 14 são enfermeiros, oito psicólogos e sete médicos, com idades entre 26 e 68 anos e maioria do sexo feminino (24 mulheres). O tempo médio de formação foi de 14 anos e a atuação profissional variou de seis meses a 40 anos. Apenas três profissionais não possuíam Pós-Graduação (especialização/mestrado/doutorado). Os relatos dos participantes permitiram identificar o fluxograma do atendimento em saúde mental no município em estudo (Figura 1).

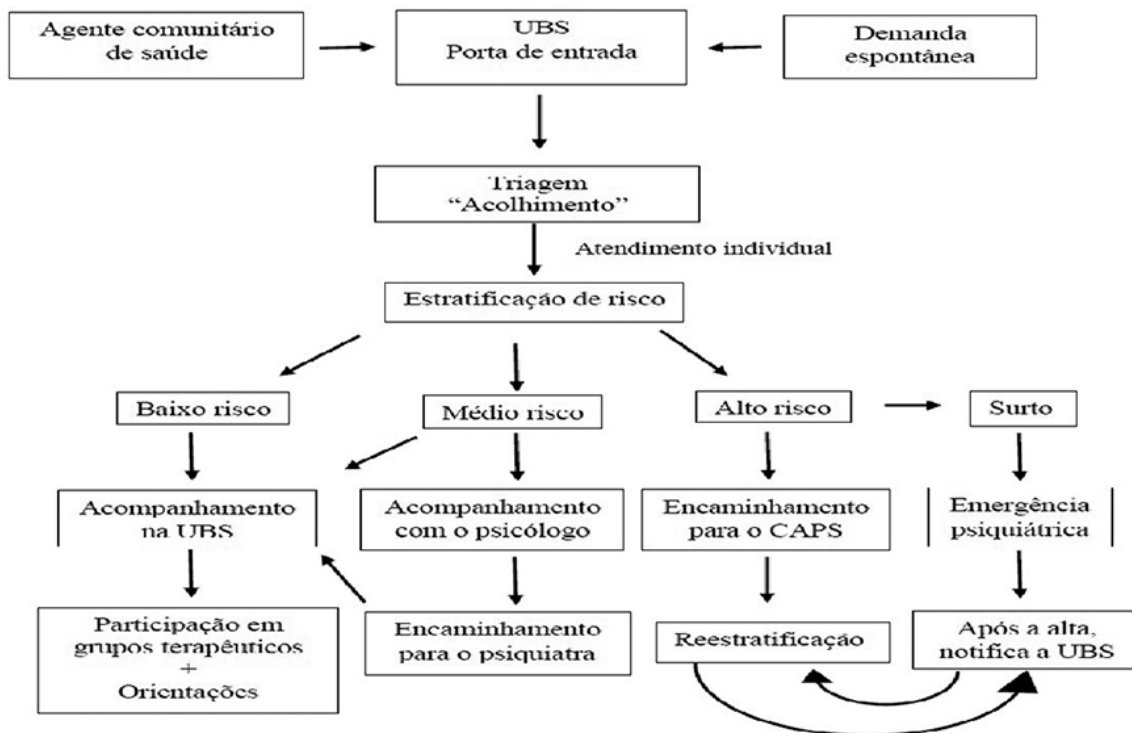


Figura 1 – Fluxograma do atendimento em saúde mental no município. Maringá, PR, Brasil, 2019.

O processamento dos dados no *software* deu origem a três classes, as quais foram nomeadas de acordo com o assunto principal abordado, identificado a partir dos vocábulos apresentados e interpretação de sua convergência temática com as bases conceituais adotadas (Figura 2). As classes, portanto, foram assim nomeadas: o fluxo da rede e a organização do trabalho (Classe 1); atribuições/competências dos profissionais no atendimento (Classe 2); dificuldades e Facilidades na assistência em saúde mental (Classe 3), a seguir descritas.

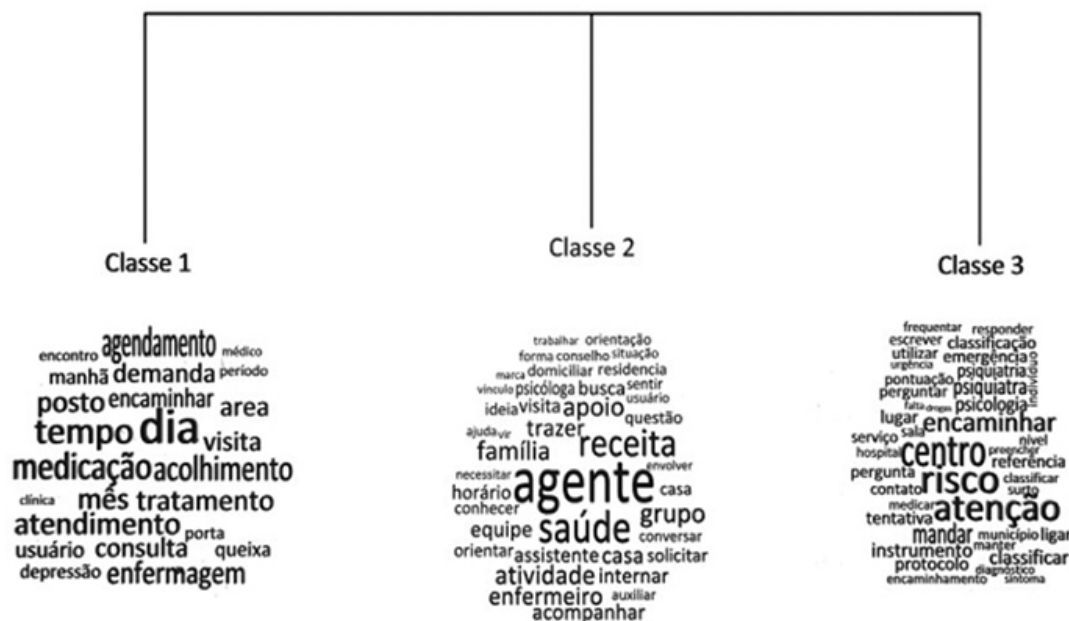


Figura 2 – Dendrograma das palavras. Organizado com base no *software* IRaMuTeQ® e a partir dos relatos dos participantes. Maringá, PR, Brasil, 2019.

Classe 1 - O fluxo da rede e a organização do trabalho

Após a entrada do usuário com transtorno mental no serviço de saúde, seja por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por demanda espontânea, os profissionais de saúde realizam o acolhimento e agendam as consultas para instituir o tratamento e ofertar o suporte necessário às famílias. *Se precisar nós encaminhamos a família para o psicólogo para saber lidar com o problema inicial, mas depois eles acabam acostumando-se, mas no começo para eles nós tentamos dar apoio para a família toda, mas é basicamente a consulta* (P: 04). *Na hora que eles chegam na unidade que se institui um tratamento já explica para a família o que está acontecendo, como será daqui para frente, nessa hora ocorre visitas domiciliares dos agentes comunitários* (P: 25).

Assim, com a reorganização da assistência em saúde mental no município, os serviços da atenção primária passaram a adotar o protocolo de Estratificação de Risco. Os encaminhamentos para os outros níveis de atenção ocorrem somente mediante a classificação do paciente: baixo, médio e alto risco. Os pacientes classificados como baixo risco são acompanhados na unidade de saúde; os de médio risco são encaminhados para atendimento psicológico e/ou psiquiátrico; e os de alto risco vão para os centros de atenção psicossocial (CAPS). *Na consulta normal nós fazemos a estratificação de risco. O de baixo risco é atendido dentro da unidade, onde nós médicos podemos medicar e tem o de médio risco que é encaminhado para os psiquiatras da rede e os de alto risco para os CAPS's* (P: 23). *Para os pacientes serem encaminhados eles precisam estar classificados dentro de um score, se ele não apresenta aqueles sintomas eu não consigo mandar para o psiquiatra ou para o CAPS* (P: 05).

Ainda, alguns vocábulos desta classe remetem aos encaminhamentos de pacientes em condição aguda/crise que chegam até a unidade de saúde ou que entram em crise no domicílio, para os quais os profissionais referiram que o atendimento é feito com porta aberta. Esses são encaminhados para a Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal, porém, alguns profissionais mencionaram que nem sempre é imediato ou simples, pois precisaram fazer contato com a equipe do serviço de emergência psiquiátrica. *Para a emergência psiquiátrica é um pouquinho mais difícil encaminhar quando acha necessário ou manda para a unidade de pronto atendimento ou tem que ligar. Já aconteceu de ter que ligar na emergência e conversar com alguém da enfermagem e*

explicar o que estava acontecendo (P: 18). Nós fazemos porta aberta em situações de crise, nós acolhemos e se for o caso faz o encaminhamento. Se houver risco para a pessoa ou para terceiros nós encaminhamos para a emergência psiquiátrica (P: 11).

Por fim, os pacientes encaminhados para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acabam voltando para a atenção primária visando dar prosseguimento à assistência e ao processo terapêutico, seja para estabilizar o quadro anterior de crise ou para reavaliar e gerar nova estratificação de risco pelo serviço especializado. *Todos os pacientes que vão lá eles não ficam fazendo o tratamento para sempre, só alguns, outros após fazer o controle, estar estabilizado, voltam para o médico clínico do posto acompanhar (P: 29). Tem algumas enfermeiras que fazem o encaminhamento, então daqui a pouco o paciente volta para nós porque ele é nosso, da nossa área. Toda semana recebemos pelo sistema, no e-mail da unidade, os egressos do hospital psiquiátrico e os egressos de internações (P: 09).*

Classe 2 - Atribuições/competências dos profissionais no atendimento

Nessa classe, foram abordados os elementos iniciais no atendimento aos pacientes com transtornos mentais e suas famílias. Várias são as formas de entrada do indivíduo doente no sistema de saúde. Nos depoimentos dos profissionais, nota-se que os ACS têm papel fundamental na assistência de saúde mental, pois são eles os mediadores entre a família e o serviço de saúde, e que o acolhimento referido pelos profissionais se constitui em um procedimento operacionalizado pela equipe. *O agente traz o caso até a equipe, mobilizamos a equipe e essa família é orientada. Se necessário trazemos toda a família para a unidade dependendo da necessidade conforme o caso (P: 02). O agente de saúde que traz alguma situação para nós, ele identifica na residência ou esse usuário pode vir por uma queixa qualquer que seja o enfermeiro atende ou mesmo que essa pessoa passe pelo acolhimento com os auxiliares de enfermagem (P: 14).*

Na análise dos vocábulos em evidência no dendograma, percebe-se que, nessa classe, os relatos estão voltados para o acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais na UBS. Os atendimentos individuais foram os mais apontados pelos profissionais como uma das principais formas de acompanhamento. No entanto, alguns participantes informaram que, além dos atendimentos individuais, existem os atendimentos em grupo, porém, estes nem sempre funcionam como deveriam. *Aqui na unidade nós fazemos atendimento individual e de acordo com as necessidades do paciente, não fazemos assistência em grupo. A medicação normalmente já é prescrita pelo psiquiatra então ele vem, nós o examinamos e tentamos orientar o paciente da melhor forma (P: 28). Aqui nós estamos fazendo o atendimento clínico individual e atendimento em grupo. É uma clínica geral para as pessoas de todas as idades, idosas, crianças, adultos, adolescentes, todos os usuários que são da nossa área são potenciais pacientes da psicologia (P: 11).*

Outro aspecto destacado foi o agendamento das consultas e replicação das receitas das medicações controladas. Alguns profissionais relataram que os pacientes que chegam com demanda em saúde mental não necessitam marcar as consultas. Outros são atendidos de acordo com a data da medicação a ser dispensada. *A minha equipe sempre faz atendimento especial, então os pacientes que têm transtorno mental eles têm preferência. Eles não precisam agendar consultas (P: 22). Como o grupo é a cada quinze dias e como as medicações têm uma data certa para eles virem buscar, a gente acaba agendando de acordo com a data da medicação que eles têm que pegar (P: 13).*

Classe 3 - Dificuldades e Facilidades na assistência em saúde mental

Nessa classe, foram constatadas as dificuldades e facilidades encontradas no processo de trabalho relacionado ao atendimento às pessoas com transtornos mentais. Destaca-se a ausência de profissional/pessoal preparado para realizar o cuidado visando à integralidade do sujeito e de seus familiares, e também o *insight* necessário para intervir nas situações que se apresentam no

cotidiano da assistência na Atenção Primária à Saúde. *Aqui é uma unidade grande, nem todos os profissionais são capacitados, existe a capacitação para as equipes de PSF, mas as vezes o profissional da recepção, os outros profissionais que não estão envolvidos nas equipes também precisavam de uma capacitação para poder saber como abordar, como receber e como encaminhar esse paciente (P: 08). A dificuldade é que nem todo profissional sabe lidar com o transtorno mental (P: 25).*

Nota-se, nos relatos, que a figura do psicólogo ainda é considerada a maior responsável pelo atendimento aos usuários em sofrimento mental, o que repercute na sobrecarga desse profissional e no acesso do usuário, seja pela impossibilidade de oferecer uma escuta ou pelo acúmulo de demanda reprimida em listas de espera. *Acho que uma das dificuldades é o envolvimento de todos os profissionais de saúde para compreender que a saúde mental é uma questão de todos e que todo mundo pode, de alguma forma, manejar com uma escuta, um acolhimento (P: 14). Precisa que os médicos e as pessoas da equipe técnica estejam preparados para ouvir e acolher esse paciente, não só o psicólogo. Isto é uma dificuldade. Talvez por isso que as nossas listas de espera estão sempre grandes (P: 09).*

Percebe-se um conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais durante o processo de trabalho na UBS. Apesar da falta de profissional capacitado para lidar com a saúde mental, o sucesso da operacionalização dessas ações na APS acontece pela eficiência de se trabalhar com a multidisciplinaridade, tomando-se como indicadores de qualidade o preparo e a atenção dispensada pelos profissionais. *O pouco de profissional que nós temos aqui eles são muito bons, o NASF é muito bom, a nossa assistente social é muito boa, a nossa psicóloga é muito atenciosa, embora tenha a psicóloga do NASF, tem a psicóloga da unidade, eles são bem atenciosos, os nossos profissionais são bem capacitados, a terapeuta ocupacional também é muito boa e nosso médico também (P: 01).*

Ainda nessa categoria foram abordados os principais aspectos da Estratificação de Risco implantada recentemente no município. Notou-se que, apesar de os gestores considerarem-na uma nova ferramenta de cuidado em rede, os profissionais relataram falhas na ferramenta - itens incompreensíveis, termos não clinicamente utilizados e ser demasiadamente grande. Mesmo assim, alguns profissionais apontaram benefícios na sua utilização: melhor direcionamento do fluxo e da demanda, e a aproximação com a temática. *Tem várias questões dentro da estratificação de risco que você pode entender, tem ambiguidades. Às vezes faltam algumas coisas que o paciente tem que não são pontuadas adequadamente. Existem algumas falhas nesse sentido, por exemplo, eu faço uma estratificação que dá uma pontuação, se o psicólogo fizer às vezes dá diferente, se o médico da atenção secundária fizer também dá muito diferente, então seria interessante você ter uma coisa padronizada (P: 24). Essa estratificação diminuiu muito a sobrecarga, porque aquele que pode acompanhar comigo acompanha aqui. Aquele que só precisa do psiquiatra pode encaminhar para o psiquiatra, já aquele mais grave vai para o CAPS (P: 29).*

Contudo, mesmo com a estratificação de risco, outro ponto limitante relatado foi a contrarreferência do serviço especializado. Por mais que esta seja de suma importância para a continuidade do cuidado, alguns depoimentos evidenciaram que nem sempre a comunicação entre os serviços acontece. *A contrarreferência é uma coisa que poderia melhorar muito, porque você manda o paciente que vai passar por consulta com o psiquiatra e não se sabe de nada, porque eles não usam o sistema e não trazem nada por escrito. Ficamos as vezes meio perdidos (P: 04). A contrarreferência é meio complicada, sempre foi. Desde o momento que eu comecei a trabalhar na unidade ela nunca funcionou, nunca tivemos um caso de eu mandar um paciente para o CAPS e eles mandarem a contra referência para mim (P: 28).*

Por fim, identificou-se que o espaço físico para o desenvolvimento das atividades voltadas para os usuários é insuficiente. Não há salas para realizar o acolhimento ou para terapias em grupo, fato que compromete a confidencialidade das informações e até impede o atendimento de qualidade. *A estrutura física da unidade que não consegue atender esses pacientes de forma adequada as vezes a gente não tem uma sala preparada para fazer escuta e na nossa unidade a quantidade de pacientes de saúde mental é muito grande (P: 17). Aqui não é nem a questão de como abordar ou*

de onde encaminhar, é mais espaço físico, a nossa unidade é pequena, e nós não temos uma sala para atender a pessoa adequadamente (P: 18).

DISCUSSÃO

Entre os achados do presente estudo, destacam-se: a importância do trabalho do ACS como elo inicial entre os usuários e a UBS; a presença da família; o direcionamento dos pacientes para os grupos terapêuticos (embora periodizados com base no tratamento medicamentoso) e para a rede especializada, conforme estratificação de risco em saúde mental; a assistência dispensada aos indivíduos em momentos de agudização do transtorno e o retorno deles para a UBS. No entanto, foram identificadas algumas lacunas no preparo dos profissionais, atendimento e no fluxo em rede, entre as quais: a falta de capacitações destinadas aos profissionais; a ideia de que a assistência diante do transtorno mental deve ser essencialmente de responsabilidade dos psicólogos; espaço físico limitado para o atendimento ao usuário; e a fragilidade na comunicação entre os pontos de atenção.

Na literatura, o ACS é apontado como principal elo entre a família e o serviço de saúde, cuja atuação é cercada por dificuldades, avanços e retrocessos, pois é um trabalhador de saúde em que o processo de profissionalização ainda é recente.¹⁸ Em estudo realizado com 17 ACS atuantes em cinco equipes de ESF, na Região Sudeste do Brasil, evidenciou-se que os ACS tinham, na escuta, a sua principal tecnologia de cuidado, pois eram capazes de identificar problemas, não apenas do processo de adoecimento, mas também das demandas psicossociais do usuário e da família, além de observarem, na prática, os efeitos positivos para o usuário com transtorno mental.¹¹

Observou-se, nas falas, que há um distanciamento do acolhimento que é realizado pelos profissionais em relação àquele proposto pelo Ministério da Saúde (MS). Contudo, embora mantenha as características propostas em relação à da triagem, os profissionais se referem ao acolhimento como um procedimento e não como uma postura ética e que norteia o cuidado. O acolhimento realizado nas UBS, segundo o MS, é uma prática pautada no respeito, na solidariedade e no reconhecimento dos direitos e demandas da população no território.¹⁴ Estudo realizado com os enfermeiros e ACS de duas UBS, na cidade do Rio de Janeiro, mostrou resultados semelhantes quanto às práticas de cuidado direcionadas a essa população.¹⁹

Os profissionais inquiridos citaram, algumas vezes, a família, sobretudo quando trataram do acolhimento e da necessidade de orientar os familiares acerca da condição e do seguimento terapêutico. Esse achado tem amparo na literatura científica, considerando-se para tanto um estudo transversal realizado com 328 enfermeiros atuantes em cuidados primários de Porto/Portugal, o qual apontou alto grau de concordância por parte dos profissionais em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem direcionados às pessoas com transtorno mental.²⁰

Evidenciou-se, neste estudo, que os principais recursos de atendimento/acompanhamento são as consultas individuais com ou sem a presença do familiar, os grupos terapêuticos, a psicoterapia individual e a abordagem psiquiátrica focada na medicalização, sempre realizados dentro das UBS. Esse achado corrobora a literatura, ressaltando-se que, até mesmo os grupos terapêuticos parecem estar centralizados na medicação, pois são periodizados conforme o andamento do tratamento medicamentoso dos usuários.^{4,21}

No que tange à reorganização do fluxo de atendimento em saúde mental no município, os profissionais de saúde destacaram o protocolo de Estratificação de Risco em Saúde Mental como norteador para os encaminhamentos à atenção especializada. O instrumento foi citado como sendo demasiadamente grande, de difícil compreensão, havendo ambiguidades em seu conteúdo. Nesse contexto, vale destacar que o estado do Paraná realizou a Oficina de Saúde Mental para formação e qualificação do profissional da APS, contribuindo para o desenvolvimento de ações em saúde mental nos municípios e no estado, a fim de abranger o que a Política Nacional de Saúde mental não contempla.^{15,22}

Desse modo, a definição dos parâmetros adotados na Estratificação de Risco foi fundamentada, principalmente, na necessidade de definir o nível em que ocorrerá a assistência em saúde. Os sinais e sintomas foram organizados em seis grupos, de acordo com a frequência em que se apresentam nas respectivas síndromes psicopatológicas, e foram pontuados de acordo com o nível de gravidade: baixo, médio e alto risco. Após estratificado o risco, elabora-se o plano de cuidados que inclui a definição do ponto de atenção à saúde, no qual o usuário será tratado em um primeiro momento.¹⁵

Destarte, nas situações estratificadas como de baixo risco, entre as quais as que apresentam sintomas de leves a moderados de depressão, ansiedade e somatização, os sintomas tendem a se sobrepor, além de compartilharem os mesmos fatores de risco e padrões de evolução. A estratégia recomendada é iniciar com cuidados de baixa intensidade, passando por grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência, evoluindo para o uso de terapia medicamentosa com supervisão especializada e psicoterapia em grupo ou individual, caso necessário.^{15-16, 23}

Já nas situações estratificadas como de médio a alto risco, a APS desempenha papel importante no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento com intervenções rápidas e efetivas na crise, na manutenção do tratamento farmacológico e nos programas de reabilitação psicossocial para os quadros psicóticos crônicos estáveis. As equipes devem contar com capacitação, supervisão e apoio matricial do NASF, e dos pontos de atenção secundária, como os CAPS. No entanto, o usuário nem sempre continua vinculado à APS de referência em seu território.^{15-16,23}

Desse modo, para dar continuidade ao cuidado dessas pessoas encaminhadas para os níveis secundário e terciário é necessário que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo e eficaz, considerando a RAPS local para a organização da assistência. Esses resultados corroboram os de outros estudos, em relação às dificuldades e à ausência de articulação e comunicação da APS com os outros serviços. Assim, é preciso assegurar e conhecer o sistema de referência e contrarreferência, pois este é um dos instrumentos de gestão essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).²⁴⁻²⁵

Constata-se que esses limitantes da articulação na RAPS produzem desencontros e o usuário e a família acabam ficando soltos na rede, isto é, não entendem de onde virá e do que será constituído o seu acompanhamento. O anseio do profissional inquirido por algo padronizado, se referindo ao instrumento de Estratificação de Risco, ocorre por conta das divergências encontradas nas avaliações dos profissionais dos diferentes serviços de saúde, que geram idas e vindas dos usuários sem resolução. Apesar de o instrumento ser estruturado e existir uma descrição dos sinais/sintomas a serem avaliados, o preenchimento é envolto pela subjetividade e pela observação momentânea do profissional, o que exige, às vezes, que o instrumento seja preenchido em conjunto.

Ademais, percebeu-se, nos relatos dos profissionais, a ausência de menções ao apoio matricial, o que indica que a articulação entre os pontos de atenção possa estar prejudicada devido à falta de uma relação mais próxima entre as equipes. Em estudo realizado com seis profissionais atuantes, na condição de apoiadores matriciais da APS, em município do estado do Rio Grande do Sul, constatou-se que o matriciamento em saúde mental extrapola as práticas de referência e contrarreferência, pois pressupõe um trabalho no território de vivência da comunidade entre os apoiadores, a equipe de referência (ESF) e os usuários.²⁶ Também requer que os profissionais dos serviços especializados atuem para além do atendimento ambulatorial, mediante arranjos organizacionais que permitam a supervisão, o atendimento em conjunto e a discussão de casos clínicos, conforme as particularidades de cada área de abrangência.²⁶

No município em que este estudo foi realizado, nos últimos três anos foram desenvolvidas capacitações direcionadas a diferentes setores (saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça...), incluindo profissionais da APS com enfoque em temáticas como a Estratificação de Risco em saúde mental, a prevenção e pós-venção do suicídio e a atenção às pessoas com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Entretanto a falta de preparo profissional

tornou-se um obstáculo à realização eficiente e eficaz das atividades assistenciais em saúde mental. Estudos apontam a ausência de preparo dos profissionais e de educação permanente, não somente para as equipes das UBS, mas também para os serviços especializados.²⁷⁻²⁸

Mesmo com as iniciativas locais importantes para a capacitação profissional, estas ainda não suprem as necessidades dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental na APS. Destarte, um grande desafio é a redefinição do processo de trabalho, de modo que a influência do modelo biomédico ainda perdura nos dias atuais, tanto na formação profissional quanto na prática, necessitando transformação, principalmente, na formação desses profissionais para atuarem no SUS.²⁹

Achado que também chama a atenção é o da centralidade do cuidado em saúde mental no profissional de psicologia. Observou-se que os enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem um papel intermediário no fluxo de atendimentos na APS, tanto na própria UBS quanto na RAPS de modo geral, pois, recebem demandas identificadas pelos ACS, fazem o acolhimento (o procedimento) em situações pontuais e encaminham mediante estratificação de risco ou avaliação de situações de crise. Minimiza-se o potencial de escuta e de habilidades relacionais da enfermagem e delega-se aos médicos, sobretudo, os psiquiatras, e aos psicólogos o papel de acompanhamento, de suporte, de escuta qualificada e da instituição da terapêutica. Com isso, prejudica-se a implementação de uma prática de cuidado pautada na interdisciplinaridade.

Os profissionais também apontaram a falta de estrutura como um obstáculo para a assistência em saúde mental. O tratamento do paciente fica incompleto, pois, não há espaço para realizar um atendimento de qualidade, um bom acolhimento, uma escuta efetiva e até mesmo as reuniões grupais (terapêuticas ou de matriciamento). A ambiência tem grande influência na assistência, considerando-se que a estrutura inadequada, com tamanho reduzido ou falta de conforto, prejudica as condições de trabalho, aumenta a desmotivação profissional e dificulta a procura do serviço pelo usuário.¹²

Destaca-se que os fatores atendimento centrado no médico e no psicólogo, o déficit de espaço físico, o despreparo dos profissionais e a desarticulação da rede podem gerar insegurança nos profissionais e incidir negativamente na elaboração do projeto terapêutico singular e a produção do cuidado no âmbito da APS, o que, por conseguinte, gerará dependência dos serviços especializados e um excesso de encaminhamentos.³⁰

Diante desses achados, uma possível limitação do estudo foi a não inclusão dos agentes comunitários de saúde e dos profissionais do serviço de nível secundário, como os CAPS, no estudo. Porquanto, as perspectivas desses atores enriqueceriam o entendimento sobre a configuração do atendimento de saúde mental e possibilitariam abarcar as suas reais demandas, suscitando a melhoria da assistência e maior efetividade das ações. No entanto, mesmo assim, neste estudo buscou-se discutir os resultados juntamente com as Políticas Públicas de Saúde Mental tanto em nível nacional e estadual quanto municipal. Assim, os dados podem ser utilizados para subsidiar a reprodução de outros estudos na área de saúde mental, fortalecendo a temática e buscando novas estratégias de cuidado adaptadas para cada realidade encontrada no país.

É imprescindível a realização de novos estudos sobre a temática, abarcando todos os aspectos da saúde mental integralizada à Atenção Primária, não somente na visão dos trabalhadores, mas também sob a ótica dos usuários e familiares que demandam cuidados nessa área.

CONCLUSÃO

Pode-se apreender que o atendimento na RAPS, tendo a APS como ordenadora do cuidado, é complexo e há necessidade da comunicabilidade entre os serviços, pois a desarticulação gera ambiguidades na continuidade do cuidado. Os trabalhadores de saúde destacaram a importância do ACS, um servidor fundamental, configurando-se por ser a porta de entrada para o serviço. Entre as dificuldades e facilidades destacadas estão a ausência de preparo dos profissionais para lidarem

com a saúde mental; a desmistificação da ideia entre os outros profissionais de a assistência ser essencialmente dos psicólogos; o espaço físico limitado; e a estratificação de risco em saúde mental implantada recentemente.

Considera-se que para melhorar essa assistência faz-se necessário o matriciamento entre as equipes de saúde e os Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo será possível que todos os profissionais de saúde compartilhem dos mesmos saberes, pois, a Atenção Primária não deve ser somente porta de entrada, mas também atuar de forma resolutiva na maioria dos problemas de saúde, incluindo os de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Patel V. Global Mental Health: from Science to action. *Harv Rev Psychiatr* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Set 20];20(1):6-12. Available from: <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.649108>
2. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Set 20];19(55):1121-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>
3. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Set 22];27(4):308-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000068>
4. Gryscek G, Pinto AAM. Mental health care: how can Family Health teams integrate it into Primary Healthcare? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Set 24];20(10):3255-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
5. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Out 20];18(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>
6. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Quality of life of primary care patients in Rio de Janeiro and São Paulo, Brasil: associations with stressful life events and mental health. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Out 20];21(2):497-508. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>
7. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Mai 20];24(5):1935-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
8. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Set 24];38(1):e60973. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>
9. Cortez EN, Silveira EAA, Silva MM, Alves PS. The user embracement of people with suffering mental in health family strategy. *Rev Conexão Ciência* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Set 18];11(2):17-23. Disponível em: <https://doi.org/10.24862/ccco.v11i2.426>
10. Simões WMB, Moreira MSA. Importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev Enfermagem Revista* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Set 18];16(3):223-39. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12894/10117>

11. Souza J, Assad FB, Barbosa SP, Badagnan HF, Almeida LY, Garla CC. Mental health care situation in family health units: perceptions of community health agents. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Set 18];24(1):204-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850013>
12. Montemezo H, Silva FD, Muramatsu CK, Amorin IR, Buriola AP, Cazañas EF. Perception of nurses and doctors on the service provided to people with mental disorders in primary care. *Ciênc Cuid Saude* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 30];17(1):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.38134>
13. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno de Atenção Básica n. 33*. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2013. [acesso 2018 Ago 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
15. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BR). Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia de saúde mental*. Curitiba, PR(BR): SESA; 2014. [acesso 2018 Ago 19]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_gui_a_final_de_saude_mental.pdf
16. Maringá. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Saúde do Município de Maringá – Paraná. *Linha guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá – Paraná*. Maringá, PR(BR): SESA; 2015
17. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 20];52:e03353. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
18. Marteleto RM, David HMSL. *Community Health Agent's Handbook: an experience of shared knowledge production*. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Set 20];18(Sup 2):1211-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0479>
19. Kebian LVA, Oliveira AS. Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Set 24];14(1):893-900. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.22466>
20. Fernandes CSNN, Nóbrega MPSS, Angelo M, Torre MI, Chaves SCS. Importance of families in care of individuals with mental disorders: nurses' attitudes. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 25];22(4):e20180205. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0205>
21. Machado MLM, Gomes APF. Percepção dos profissionais de saúde quanto ao efeito de um grupo de apoio à saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev Saúde Públ Paraná* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 28];1(1):35-46. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.38>
22. Santos CG Neto, Barbosa MIS. Estratificação de risco das condições crônicas na atenção primária à saúde: a contribuição da psicologia. *SANARE* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 24];17(1):6-14. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>
23. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Oficina do APSUS: Formação e qualificação do profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 - Saúde Mental*. Curitiba, PR(BR): SESA, 2014. [acesso 2018 Ago 19]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/file/apsus_-_ed._permanente/oficia_8_-_saude_mental/caderno_08_saude_mental.pdf
24. Patel V. Universal Health Coverage for Schizophrenia: A Global Mental Health Priority. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Set 24]; 42(4):885-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv107>

25. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Set 22];21(1):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>
26. Hirdes A. Matrix Support in mental health: the perspective of the experts on the work process. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 22];42(118):656-8. Available fom: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811809>
27. Paiano M, Maftum MA, Haddad MCL, Marcon SS. Mental health ambulatory: weaknesses pointed out by professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 27]; 25(3):e0040014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000040014>
28. Barbosa BVF, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 23];9(3):659-68. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>
29. Fernandes MNF, Sousa JS. Saúde Mental: a enfermagem na atenção primária sob a perspectiva da Política de Humanização. *Rev Presencia* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 23];12(24). Disponível em: <http://www.index-f.com/p2e/n24/p11063r.php>
30. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Set 25]; 24(1):112-20. Available fom: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Assistência em Saúde Mental às pessoas na Atenção Primária, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Cardoso LCB, Marcon SS.

Coleta de dados: Cardoso LCB.

Análise e interpretação dos dados: Cardoso LCB.

Discussão dos resultados: Cardoso LCB, Marcon SS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Cardoso LCB, Marcon SS, Arruda GO, Paiano M, Giacon-Arruda BCC, Pinho LB.

Revisão e aprovação final da versão final: Cardoso LCB, Arruda GO, Marcon SS, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, parecer n. 2.460.464/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 80435417.3.0000.0104

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 04 de agosto de 2019.

Aprovado: 07 de novembro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Luana Cristina Bellini Cardoso

luana.bellini@hotmail.com

