

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SUAS TECNOLOGIAS

Cristina Albuquerque Douberin¹

Lusanira Maria Da Fonseca De Santa Cruz²

Liniker Scolfild Rodrigues Da Silva³

RESUMO

Objetivou-se caracterizar a Linha de Cuidado em saúde mental de um centro de atenção psicossocial na cidade do Recife-PE. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado a partir de entrevistas com seis profissionais. Os dados foram analisados com base na técnica de Análise de Discurso, mediante escolha de quatro categorias principais. Os profissionais demonstraram um certo entendimento sobre o conceito de linha de cuidado e vêm fazendo uso de algumas tecnologias inerentes a ela na produção do cuidado. Também apontaram pontos positivos dela que entram em conformidade com o preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, como a realização do projeto terapêutico singular e do matriciamento; e citaram pontos negativos como a precariedade no processo de longitudinalidade do cuidado e de escassez de insumos. Faz-se necessário, maior engajamento das políticas públicas em saúde mental, a fim de que haja um fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; Cuidado Integral em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the Mental Health Care Line of a psychosocial care center in the city of Recife, Pernambuco. This was a descriptive, exploratory, and qualitative study, conducted based on interviews with six professionals. The data were analyzed using the Discourse Analysis technique, by choosing four main categories. The professionals demonstrated a certain understanding of the concept of the care line and have been using some technologies inherent to it in the production of care. They also pointed out positive aspects of the care line that are in accordance with the recommendations of the National Mental Health Policy, such as the implementation of the singular therapeutic project and matrix support; and they cited negative aspects such as the precariousness in the longitudinal care process and the shortage of supplies. Greater engagement of public policies in mental health is necessary in order to strengthen the Psychosocial Care Network.

Keywords: Psychosocial Care Center; Comprehensive Health Care; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

A criação do SUS é baseada em alguns princípios, tais como universalidade, igualdade e integralidade. Dentre eles, este último é considerado um princípio doutrinário desse Sistema, e pode ser definido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990). Para

garantir a integralidade de forma eficaz, faz-se necessário operar mudanças na produção do cuidado, a qual se encontra muito deficitária, em todos os níveis assistenciais. A implementação da tecnologia das Linhas de Cuidado (LCs), por exemplo, é capaz de ampliar e estender o domínio desse princípio (Merhy et al., 2003; Carrijo, 2012).

¹Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/Ceará, Brasil. E-mail: cristina.douberin@uece.br

²Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife/Pernambuco, Brasil. E-mail: lusasantacruz@hotmail.com

³Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife/Pernambuco, Brasil. E-mail: liniker_14@hotmail.com

Entende-se por Linhas de Cuidado, estratégias gerenciais capazes de organizar o percurso dos usuários pela rede de serviços e de qualificar as portas de entrada do sistema, permitindo que a equipe de profissionais de saúde acolha, compreenda, corresponsabilize, crie um vínculo e produza autonomia, ofertando, pois, um atendimento de qualidade voltado para as necessidades de cada indivíduo. Dessa forma, elas reorganizam os serviços de saúde, superando a fragmentação da prática e alcançando uma assistência integral (Marinho et al., 2011).

Em se tratando especificamente do campo da Saúde Mental, pode-se dizer que a atual Política brasileira referente à área preconiza uma Linha de Cuidado pautada nos legados da Reforma Psiquiátrica (RP), os quais enfatizam uma reorientação do modelo hospitalocêntrico ao modelo de atenção extra-hospitalar. Com base nesse preceito, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), efetivando, portanto, uma rede assistencial substitutiva ao hospital psiquiátrico e objetivando alcançar o patamar de integralidade da atenção em todos os níveis (Borges, 2016).

A desinstitucionalização tem tido como alicerces a valorização de tecnologias leves, tais como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, todas caracterizadas como diretrizes de Linha de Cuidado. Estas, por sua vez, vêm

ressignificando as práticas e os serviços de saúde mental, envolvendo nesse aspecto diferentes atores: usuários, familiares e profissionais (Martinhago; Oliveira, 2015).

Para se alcançar uma Linha de Cuidado desinstitucionalizante, entretanto, vários obstáculos necessitam ser superados, pois é fato que existem demandas de atenção muitas vezes não atendidas devido à escassez de recursos, inadequação de assistência profissional, estigmatização, violação dos direitos dos doentes e dificuldade de acesso (Borges 2016). Torna-se imprescindível transpor essas barreiras para poder garantir toda uma resolutividade e integralidade do atendimento, sem nenhum resquício de discriminação.

Torna-se perceptível, portanto, o fato de se estar à frente de um panorama cuja implementação eficaz das Linhas de Cuidado garantidoras do acesso e manutenção de usuários pela rede de atenção à saúde se faz bastante dificultoso e frágil. Dessa forma, evidenciam-se alguns problemas: a deficiência de articulação entre profissionais dos serviços de saúde, o que prejudica o fluxo dos pacientes pelos mesmos; e a consequente ineficiência de acesso e integralidade do cuidado ofertada por estes serviços.

Sendo assim, o estudo objetivou, sobretudo, identificar a Linha de Cuidado que vem sendo implementada pela equipe de saúde mental de um CAPS da cidade do Recife-PE, de forma a se atingir as concepções de

saúde/doença mental implícitas na prática cotidiana dos participantes, e os modos de produção de cuidado em saúde diante da população com sofrimento psíquico em um CAPS. As potencialidades, entendidas aqui como fortalezas e fragilidades existentes nessa Linha por eles implementada também foram descritas, ao passo em que iam sendo correlacionadas com o que se preconiza pela Política Nacional de Saúde Mental.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório, de abordagem qualitativa e com base teórica fenomenológica, que correspondeu a um recorte de uma pesquisa de campo que objetivou caracterizar a Linha de Cuidado em Saúde Mental aplicada aos usuários atendidos em um CAPS da cidade do Recife-PE.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto, classificado como CAPS II, inaugurado em 22 de março de 2002, situado inicialmente na Rua Marechal Deodoro, 135, no bairro do Torreão, na cidade do Recife-PE, mudando de endereço em 01 de outubro de 2008, devido ao planejamento para transformação em CAPS III. Atualmente, situa-se na Rua Djalma Farias, 135 – Torreão, atende usuários a partir dos 16 anos, ambos os sexos, residentes no Distrito Sanitário II, do Município do Recife, abrangendo 18 bairros (Pinheiro, 2010).

A população estudada foi formada por profissionais do CAPS em questão. Para a amostra foram escolhidos seis profissionais, tendo-se levado em consideração o modo de seleção amostral por variedade de tipos, a qual seleciona os participantes da pesquisa com base em uma característica comum a todos os indivíduos selecionados – o critério da homogeneidade fundamental – (todos serem servidores públicos da Prefeitura da cidade do Recife-PE) e que possuam outras características diferentes, como idade e gênero e categoria profissional, favorecendo, assim, a diversidade dos tipos (Freitas et al., 2011).

Como critérios de inclusão, considerou-se: ser profissionais que realizem algum tipo de tratamento/procedimento/intervenção aos usuários nesse CAPS, funcionários do quadro efetivo da Prefeitura Municipal do Recife-PE e que concordassem espontaneamente em participar da pesquisa e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por outro lado, os critérios de exclusão foram: ser profissionais de saúde que não realizem algum tipo de tratamento/procedimento/intervenção aos usuários nesse CAPS, que não integrassem o quadro de funcionários efetivos da Prefeitura Municipal do Recife-PE e que se recusem a assinar o TCLE para participar da pesquisa.

Como instrumento de pesquisa, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, que englobou quatro questões abertas referentes à Linha de

Cuidado em Saúde Mental implementada aos usuários deste serviço, realizadas ou não pelos profissionais participantes da pesquisa. Os dados coletados nessas entrevistas foram gravados em aparelho celular modelo Samsung Galaxy SIII Slim SM-G3812B e realizados no ano de 2018, através de visitas realizadas durante os horários de funcionamento do referido CAPS pela autora.

Os discursos dos trabalhadores do CAPS foram codificados a partir de pseudônimos representados aqui por nomes de flores: Azaléia, Camélia, Alfazema, Hortênsia, Acácia e Amarílis. De posse das transcrições, atentou-se para o fato de que era mais viável analisá-las em função do discurso dos informantes. Isto se deu pelo fato de a Análise de Conteúdo trabalhar com frequências, índices e inferências, inserindo esses dados em categorias pré-definidas por algum dos quatro critérios de categorização: semântico, sintático, léxico e expressivo. A proposta do presente estudo, cotejando-se os objetivos, era outra: que as categorias emergissem do discurso propriamente dito, mediante os sentidos para além das falas dos entrevistados.

Os dados coletados nessa pesquisa foram, portanto, analisados com base na técnica de Análise de Discurso (AD), que se consiste em uma teoria, pertencente aos campos da linguística e da comunicação, que analisa construções ideológicas presentes em um texto, levando em consideração suas condições sociais,

históricas e ideológicas (Gondim; Fischer, 2009).

O arcabouço teórico-metodológico da Análise de Discurso que estruturou e guiou a análise dos dados foi iniciado com a compreensão do fluxo das informações, através do contato com os profissionais do campo; seguido da realização das entrevistas com eles e da seleção dos textos dos discursos mais relevantes para compor o *corpus*, ou seja, o conjunto de dados linguísticos textuais.

Dos dados contidos nas entrevistas, escolheu-se quatro categorias principais que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, tais como: Concepções do cuidado em saúde; Aplicabilidade das tecnologias do processo de cuidar da linha de cuidado pelos profissionais; A plenitude do cuidado e Potencialidades e fragilidades do processo de construção do cuidado.

A análise das entrevistas buscou não somente relatar o que os trabalhadores em saúde mental do CAPS considerado pensam acerca das questões propostas pela pesquisa, mas também objetivou atingir concepções de saúde/doença mental implícitas na prática cotidiana dos participantes, bem como identificar os modos de produção de cuidado em saúde diante da população com sofrimento psíquico em um CAPS.

Por se tratar de projeto de pesquisa que envolve pessoas, foram cumpridas as

exigências, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, expressas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se também as normas da Declaração de Helsinque. A pesquisa também foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (UPE), e aprovado sob o nº do CAAE: 80068417.4.0000.5192.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão aqui expostos e, logo em seguida discutidos, em quatro partes, as quais correspondem às categorias de análise.

3.1 CONCEPÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE

Definir cuidado em saúde exige uma tarefa de imaginação que se pautar na consideração de que esse termo consiste em arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas que emanem das necessidades de saúde. Ratificando esse raciocínio, é possível dizer que as necessidades de saúde são amplas, abrangendo desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente e ter acesso a todos os serviços e

tecnologias que se façam necessários; o que acaba por remeter, diretamente, à integralidade (Feuerwerker, 2011).

Segundo Benevides (2009), o tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de “Linhas do Cuidado”, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às necessidades dos usuários. Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde.

Sendo assim, é possível fazer uso de uma expressão conhecida por “Linha de Cuidado Integral”, a qual incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde (Franco; Santos; Salgado, 2011).

Tendo-se por base a definição supracitada, os profissionais de saúde, quando arguidos sobre o que seria Linha de produção do Cuidado, revelaram, no geral, um entendimento exatamente sob o prisma da integralidade, contribuindo para a elucidação de um ideal no qual esse termo desponte como um eixo

norteador de uma linha de cuidado. As respostas de dois informantes abaixo transcritas exemplificam essa perspectiva:

[Azaléia] *é... a linha de produção seria o cuidado como um todo do paciente, é... nesse caso a produção do cuidado como é... o quê que a gente pode estar fazendo com esse paciente é não só como o trabalho na saúde mental, mas também nas linhas né, na saúde do homem, na saúde da mulher, hum... em outras doenças clínicas. Então eu entendo como se fosse uma linha para atender o paciente como um todo né? no caso do CAPS, mas não só da saúde mental.*

[Camélia] *eu acredito que é um trabalho em integral, que perpassa por várias categorias, que passa por vários cuidados, que não é exatamente o cuidado medicamentoso, é o medicamentoso, o terapêutico, acho que é isso.*

Em estudo sobre a implementação das Linhas de Cuidado na saúde pública brasileira, desempenhado por Carrijo (2012), profissionais de saúde corroboram com as transcrições supracitadas, pois referenciam que as Linhas de Cuidado são processos que colaboram para a integralidade das ações em saúde.

Trabalhando o olhar de uma equipe multiprofissional sobre as Linhas de Cuidado,

Marinho et al. (2011), revelam que o entendimento dos profissionais de saúde sobre tal questão gira em torno de que elas se constituem como potentes ferramentas de organização dos serviços, permitindo ao trabalhador inferir sobre o itinerário de seu usuário e, conseqüentemente, possibilitando àquele a implementação de estratégias voltadas para o atendimento das necessidades deste.

Pensar na produção do cuidado de forma sistêmica ou integralizada traz, também, as ideias de construção de laços com outros serviços (intersectorialidade), o que acaba considerando, conseqüentemente, a continuidade do cuidado (longitudinalidade), bem como de família, que, nas relações de cuidado, passa a ser vista como produto e produtora da prática de saúde. A pactuação do usuário – família - equipe assume o processo de transformação na dinâmica de produção do cuidado (Marinho et al., 2011; Firmo; Jorge, 2015). As falas abaixo alicerçam essas premissas:

[Amarílis] *então... desconheço o termo linha de produção do cuidado, mas acredito que pela definição né? pela pergunta linha de produção seja uma questão mais contínua do cuidado como um todo.*

[Alfazema] *é tudo referente à saúde mental. Veja só é... na minha experiência aqui do serviço, a produção do cuidado ela é*

importante que seja feita principalmente com a família e no serviço, entendeu? É preciso que haja essa interação da família com o serviço para gente produzir um cuidado mais efetivo...

[Hortênsia] seria a quantidade, o rol né daqueles serviços oferecidos pela unidade né? Que diz respeito à continuidade do atendimento e para a gente se envolver com aquilo, se articular com outros serviços e com outros setores também.

Indubitavelmente, a presença dos familiares se faz importante, uma vez que eles atuam como coadjuvantes do projeto terapêutico designado para cada paciente. Eles proporcionam apoio em momentos de crise, principalmente, podendo compartilhar de sentimentos e emoções diversas frente a seu ente querido; bem como lhe proporcionar companhia no desempenho de atividades de vida diárias.

Pode-se dizer, ainda, que os familiares atuam na desconstrução do pensamento restrito de atuação somente no sofrimento psíquico, o que contribui para a reinserção e engajamento social do usuário, conformada pela lógica da singularidade do cuidado.

Levando-se em consideração as perspectivas de profissionais de um CAPS sobre o cuidado em saúde mental, Borges (2016), menciona o fato de que os profissionais fazem referência à valorização da influência dos

aspectos familiares no tocante ao processo de tratamento dos usuários como um todo.

Por fim, acrescenta-se à imprescindível atuação familiar nesse âmbito, os aspectos inerentes à intersectorialidade que é capaz de mobilizar e mesclar um rol de ações e serviços em prol da garantia longitudinal do cuidado, perpassando, obviamente, pela lógica da integralidade quando também contribui para o processo de reintegração social de um usuário com transtorno mental.

3.2 APLICABILIDADE DAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE CUIDAR DA LINHA DE CUIDADO PELOS PROFISSIONAIS

A integralidade do cuidado em saúde mental também pode ser alcançada mediante implementação de outras duas ferramentas tecnológicas: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que se traduz como o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, planejado entre a equipe multidisciplinar e o usuário de forma que busque resgatar sua autonomia e cidadania; e o Matriciamento, o qual implica no compartilhamento do cuidado entre serviços de saúde, significando a aplicabilidade direta do fluxo assistencial inerente à Linha de Cuidado (Borges, 2016).

As falas de quatro entrevistados expressam que sua prática de implementação da Linha de Cuidado em saúde mental voltada para os usuários atendidos no CAPS em que

trabalham é pautada na lógica de utilização desses dispositivos:

[Azaléia] *é tem a linha do cuidado aqui né? Que é da doença mental né? Aí a gente tem aqui os métodos de encaminhamento (a transferência e a contra-transferência) ou ligando também, entrando em contato com a unidade de saúde da família e tem o matriciamento, que é feito também com a unidade de saúde da família que é feito com a equipe discutindo os casos dos pacientes e a gente vai vendo essa linha do cuidado.*

[Amarílis] *os cuidados de saúde mental aqui no CAPS José Carlos Souto ele se dá através de demanda espontânea ou encaminhamentos da rede, se eles vieram dos hospitais, é... ministério público, enfim, é... então o paciente né a usuário ele vem, passa elo setor da triagem é onde ele vai ser entrevistado por qualquer profissional que esteja no setor no momento, é... a partir dessa entrevista na triagem o usuário vai ser encaminhada para a rede de saúde mental né da RAPS na no território ou ela seria admitido o CAPS para tratamento aqui. É... tem também os cuidados por matriciamento com usuários que não conseguem chegar a um caps.*

[Acácia] *bom... tem os atendimentos individuais, em grupo, ao paciente, a família é... as atividades em terapia ocupacional, sabe? é... de na comunidade, junto à comunidade também, juntar o trabalho, as escolas, é... tentando ver que esse ser tem todo seu universo social e comunitário né?*

[Camélia] *é... o usuário ele chega aqui no CAPS de uma forma espontânea ou ele vem encaminhada de outros lugares né? Seja de uma unidade de saúde, do hospital psiquiátrico, do hospital clínico. Aqui ele é triado e encaminhado para os serviços que tem dentro do CAPS e aí ele passa o tempo necessário para ser avaliada, para sair da crise, e aqui ele é cuidado e no momento da alta, a gente encaminha para um local onde ele possa se engajar melhor...*

Estudando o cuidado em saúde mental nas perspectivas de profissionais de um CAPS, Borges (2016), encontra respostas convergentes ao deste trabalho por parte de seus entrevistados, afirmando que eles realizam projeto terapêutico singular e encaminhamentos de usuários para outros serviços da rede. Profissionais participantes de um estudo em um CAPS da região metropolitana de Porto Alegre também apontam que realizam encaminhamentos na

rede, sobretudo em sua dimensão de referenciamento (Leal; Antoni, 2013).

Todos esses relatos concordantes com aqueles aqui expressos contribuem para a formulação de algumas ideias: 1) o projeto terapêutico singular se configura como parâmetro para a produção do cuidado em saúde mental, inserindo usuários nessa linha de rede; 2) os encaminhamentos estruturados sob a égide da referência e contrarreferência permitem a fluidez da rede em saúde mental, proporcionando a comunicação e pactuação entre serviços; 3) o apoio matricial contribui para o fortalecimento entre CAPS e outros serviços da Atenção Básica e 4) o acolhimento acarreta resolubilidade às necessidades de saúde das pacientes, esclarecendo as mesmas e a seus familiares sobre as principais orientações no tocante ao seu percurso pela rede.

Por outro lado, é necessário salientar que a Linha de Cuidado também pode ser baseada na utilização de tecnologias leve-duras, tais como aquelas decorrentes de saberes bem estruturados a partir da clínica, como a medicalização (Carrijo, 2012). Esse segmento do cuidado também pôde ser evidenciado pela fala de uma das rosas entrevistadas:

[Alfazema] *olha o cuidado em saúde mental é basicamente medicamentoso no serviço público, por que é praticamente o que a gente tem entendeu? Não existe o usuário pelo menos que eu conheça nesse*

serviço que eu trabalho, não existe nenhum usuário que não seja cuidado com medicação.

Informações semelhantes foram encontradas no estudo de Borges (2016), o que evidencia, portanto, a conduta de uma assistência medicamentosa fortemente incorporada pela vigência de um modelo biomédico de atenção à saúde ainda se faz bastante presente nos CAPS, inclusive neste, mesmo diante de esforços no sentido de mudar essa vertente.

3.3 A PLENITUDE DO CUIDADO

A integralidade em saúde corresponde não tão-somente por um conjunto de mudanças de práticas ou saberes, mas por uma mudança de posturas ou de focos ou do ver-sentir o outro. Este outro deve ser entendido como aquele que precisa ser acolhido, e não apenas como quem comparece ao serviço na face da demanda. Um outro como uma história de vida, como um espaço de interlocução, como um indivíduo autônomo e não somente uma pessoa, na instância jurídica, definida no exercício de direitos e cumprimento de deveres (Pinto, 2008).

A partir da fala de três depoentes, percebe-se que essa noção da integralidade das práticas em saúde mental voltadas para a população de usuários está bem incutida em seus princípios atuantes enquanto trabalhadores de um CAPS. Isso pode ser visualizado pelas transcrições abaixo:

[Azaléia] *a integralidade eu entendo como é... como eu falei no início em como atender esse paciente de forma integral, né? É... a gente não só atender e o importante é não só como é um serviço de saúde mental, não só estar atrelado à questão mental e sim desse paciente com o é... com outras questões clínicas, outras queixas que ele pode estar trazendo visando a saúde integral como um todo. Se traz uma queixa de alguma doença, é... na saúde da mulher mesmo se traz uma queixa hormonal, que tem muitas questões hormonais na saúde mental mesmo a gente tem pacientes com é... alterações hormonais que podem estar interferindo nessa questão da saúde mental, pode estar trazendo alguma doença hormonal ligada a alterações hormonais. Então é importante está tendo esse controle e fazendo os encaminhamentos necessários.*

[Amarílis] *então... integralidade é cuidar do paciente como um todo é não só fragmentando a questão de saúde mental né? mas as questões sociais é... de moradia, de família que possam estar interferindo nessa questão da saúde como um todo do usuário.*

[Alfazema] *... o usuário deve ser cuidado na totalidade, em todas as suas necessidades de saúde, eu creio que todos tenham esse conhecimento, pois as pessoas que trabalham com saúde no serviço público se eles não têm deveriam ter né?*

Essas afirmações permitem inferir que o cuidado em saúde mental vem sendo alicerçado através da crescente competência dos profissionais, que vêm considerando as necessidades de suas usuárias, enxergando-as em todas as suas esferas enquanto ser humano: biológica, psicológica, social e política.

Resultados literalmente semelhantes foram detectados no trabalho de Borges (2016), quando o cuidado em saúde mental descrito pelos profissionais de um CAPS para com seus usuários dimensionou-os em sua totalidade, fazendo referências a aspectos pessoais, familiares e sociais, e garantindo, assim a integralidade do cuidado.

Considerando-se outra óptica de integralidade, torna-se importante mencionar o fato de que sua garantia é imprescindível para operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, da rede de atenção à urgência e de todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar. Sendo assim, os serviços de saúde mental devem seguir uma vertente de organização em rede, em cada município, nos

diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, pelas equipes multiprofissionais existentes no território, pelo poder de articulação dos serviços entre si e pelos demais setores sociais (Benevides, 2009).

Uma profissional seguiu essa linha de pensamento, quando afirmou que a integralidade do cuidado em saúde mental correspondia a uma atenção que ocorre em rede. Sua fala está logo abaixo:

[Acácia] *sobre a integralidade... bom... seria é... uma atenção em rede sabe...?*

Atuando em rede, pois, os serviços de saúde mental são capazes de operar conforme uma lógica de atendimento integralizado de saúde, desenvolvendo a promoção da saúde como um todo, bem como articulando quaisquer recursos necessários na resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários.

3.4. POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

Com o intuito de identificar potencialidades, consideradas aqui como pontos positivos ou fortalezas; e fragilidades, identificadas como pontos negativos da Linha de Cuidado em saúde mental que vem sendo implementada aos pacientes assistidos no CAPS José Carlos Souto, na cidade do Recife-PE, correlacionando-os com as diretrizes preconizadas pela PNSM, será realizado, a partir

de agora, essa comparação detalhada dessas duas vertentes; sendo primeiramente comentadas as potencialidades e, logo depois, as fragilidades.

Dentro do que foi citado como pontos positivos, metade dos profissionais citaram o mesmo caractere: o encerramento do caso ou do PTS da usuária por critério de alta, o que se pode identificar nas falas abaixo:

[Amarílis] *e as positivas são os casos que a gente consegue assim chegar até a conclusão do tratamento, alta por melhora, acho que esses são os casos mais exitosos quando a gente consegue dar alta por melhora e quando ele consegue se manter e a rede né dá o suporte.*

[Alfazema] *essa pergunta é fogo viu? Assim... graças a Deus a gente tem experiências positivas né? a gente tem experiências exitosas de pessoas que conseguem se manter estáveis, entendeu? A gente tem várias pessoas que a gente consegue estabilizar e se mantém assim de alta vários anos.*

[Hortênsia] *as experiências positivas são aquelas bem pontuais, são bem individuais relativas ao projeto terapêutico de certos usuários que aconteceram e que deram certo.*

Avaliando o empoderamento de usuários no cotidiano de um CAPS, constatou-se que nele

os profissionais adotam uma tática de trabalho muitas vezes até rígida, mas que se explica pelo fato de que eles conseguem alcançar resultados a longo prazo diante do PTS de seus pacientes, atuando com foco no encerramento do caso deles por alta, assemelhando-se a esses achados (Figueiró; Dimenstein, 2010).

Identifica-se, portanto, que os trabalhadores vêm pondo em prática o projeto terapêutico singular dos pacientes, articulando e planejando suas condutas terapêuticas entre os membros da equipe multidisciplinar e contribuindo para o resgate da autonomia, cidadania e reinserção social desta usuária, o que vai de encontro com a PNSM.

A existência e papel da equipe multiprofissional com seu trabalho interdisciplinar foi enaltecido como ponto positivo por uma profissional, conforme se segue abaixo:

[Acácia] *bom... eu acredito muito no nosso trabalho da nossa equipe é... mesmo diante de tantas dificuldades mesmo dos meios, enfim eu acredito muito que tudo isso que a gente faz e acredito na continuidade disso, não é por acaso que os hospitais estão fechando, porque os serviços estão dando conta.*

Resultado similar foi encontrado em um trabalho que levou em consideração as perspectivas de profissionais dos CAPS em relação ao cuidado em saúde mental, quando um

funcionário proferiu que, para se alcançar alívio do sofrimento psíquico, bem como o bem-estar do usuário e sua reintegração na sociedade, era necessário a atuação firme e coesa de uma equipe multiprofissional (Borges, 2016).

Uma última potencialidade dentro da lógica da Linha de Cuidado em saúde mental foi citada também por um único profissional: a existência do CAPS, como se pode ver a seguir:

[Camélia] *O CAPS é uma experiência positiva né? A gente tem eu acho que a grande maioria de nossos usuários já passaram por hospital psiquiátrico, já passaram por internamento. O CAPS é uma experiência positiva.*

O reconhecimento do CAPS como importante serviço substitutivo para realização de cuidados de saúde mental dentro da RAPS também foi citado nos estudos de Borges (2016) e de Borges et al. (2018), quando se analisou a visão dos profissionais de um CAPS no tocante ao cuidado em saúde mental; e o cuidado nos CAPS numa região de saúde maranhense, respectivamente.

Essas citações ratificam o que é possível identificar na PNSM, em que o CAPS é o principal recurso terapêutico na lógica psicossocial, já que funciona como um local de acolhimento, com cuidado humanizado, dimensionando o usuário de forma integralizada ao considerar seus aspectos pessoais, familiares e sociais.

Por outro lado, aspectos negativos, entendidos aqui como fragilidades da linha de cuidado em saúde mental implementadas aos usuários do CAPS em questão, também foram explorados. Dois dos profissionais declararam a precariedade no processo de longitudinalidade do cuidado, o que se percebe nos trechos de suas falas abaixo:

[Azaléia] *as negativas são as que realmente a gente tem na rede de quando encaminhar área descoberta desse paciente, a gente não tem área de cobertura, é... quando encaminhar uma dificuldade que eles trazem muito de marcação, de é... a demanda é... que não conseguem marcar a demora é muito grande, para uma terapia, um atendimento psiquiátrico num ambulatório que é fora do CAPS...*

[Amarílis] *a gente tem casos bem difíceis por conta da rede que não dá conta muitas vezes nos encaminhamentos elas vão mas acabam voltando pra gente isso porque lá fora os usuários não conseguem né? marcar consultas, remarcar consultas, não conseguem consultas com psicoterapia, é... muitas vezes o próprio NASF né não chega, não dá conta, é muita demanda, o PSF também e os usuários vão para a rede mas vão*

retornando para a gente dá né? retornando para a gente com solicitações de receitas, fazer remarcações de consultas porque lá eles não conseguem. Essa questão da linha de cuidado quando a gente encaminha, muitas vezes elas voltam porque a rede não dá conta.

Estudando o olhar de uma equipe multiprofissional a respeito das Linhas de Cuidado, alguns trabalhadores também relataram dificuldades existentes para garantir a continuidade do cuidado no cotidiano de seus serviços (Marinho et al., 2011).

Indubitavelmente, a continuidade ou longitudinalidade do cuidado se caracteriza como uma perspectiva do princípio da integralidade, estando, pois, dentro dos valores preconizados pela PNSM. É notório, porém, que a aplicabilidade desse quesito ainda se consiste em um desafio, o que denota, possivelmente, a insegurança por parte de muitos profissionais frente a situações de saúde mental, não sabendo que tipo de conduta adotar quando se depara com um usuário desta estirpe, acabando por sobrelotar os CAPS e contribuindo para a instalação do processo de desarticulação da rede.

Outros dois entrevistados denunciaram a falta de medicação e descaso para com a saúde mental como pontos negativos da Linha de Cuidado, o que se evidencia nos transcritos abaixo:

[Alfazema] *a experiência negativa é a falta de apoio porque se o SUS a gente vê hoje em dia vários déficits, várias lacunas, várias faltas, a saúde mental é o escanteio do SUS sabe como é? A saúde mental é como se eles varressem para debaixo do tapete, não querem ver, não querem saber, não querem nada, entendeu? Então assim é uma luta de todos os profissionais para sentar e manter o que foi conseguido até agora com muito custo, é uma luta muito grande e a gente as vezes se sente muito desvalido quando a gente vê faltar medicações importantíssimas que a gente sabe que a usuária vai entrar em crise...*

[Camélia] *...até a semana passada a gente não tinha um bocado de medicação, é... a gente não consegue tratar o usuário só conversando com ele. Eu acho que a falta de estrutura e a falta de pensar no CAPS como prioridade...*

A falta de medicamentos influencia diretamente no processo de cuidado que se denomina administração de medicação, caracterizada como uma tecnologia leve-dura, a qual, embora com menor prioridade também deve ser levada em consideração de acordo com a PNSM.

Desconsiderar a importância da medicação na terapêutica de um paciente com transtorno mental, negligenciaria parte de seu PTS, uma vez que a garantia da possibilidade de oferta de medicações para o tratamento do sofrimento mental é fundamental para a melhoria e estabilização do quadro clínico dos usuários (Borges, 2016).

Já em relação ao descaso para com a saúde mental, pode-se dizer que este é uma marca antiga da área e que, infelizmente, ainda se vê até os dias atuais. Mais uma vez, as falas dos profissionais entrevistados pelo estudo do mesmo autor supracitado declararam que os serviços de saúde mental não são vistos com respeito pelos gestores (prefeitos e secretários de saúde), provocando, conseqüentemente, insatisfação e frustração.

Por fim, um único profissional citou como fragilidade a desarticulação da rede, denotando um enfraquecimento da RAPS no geral. Sua fala está logo a seguir:

[Hortênsia] *do ponto de vista institucional, a gente sofre um pouco por não vê alguns projetos irem adiante, por diversas dificuldades é de integração mesmo, de assistência da rede, enfraquecimento da RAPS aí assim a gente acaba se apegando a pontos difíceis.*

No estudo de Borges et al. (2018), houve profissionais que também se reportaram a uma existência de desarticulação da rede em saúde

mental, com serviços atuando de forma isolada e trabalhadores escanteando o compartilhamento do cuidado através do PTS.

Para a RAPS ter funcionalidade, mesmo tendo como foco central os CAPS, faz-se necessário superar alguns obstáculos à articulação da saúde mental com a atenção básica: insuficiência de serviços e profissionais na atenção primária;

dificuldades na implantação do apoio matricial; falta de preparo dos profissionais, com desentendimento da proposta de cuidado e carência de esclarecimentos aos usuários; encaminhamento como repasse de responsabilidades; obstáculos na referência e contrarreferência influenciando na interlocução entre serviços (Costa; Dimenstein; Leite, 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Boa parte dos profissionais revelou um entendimento concreto do que viria a ser uma linha de produção de cuidado, pautando suas repostas no conceito do princípio da integralidade, que representa logicamente um norte nesse conhecimento; conseqüentemente, a maioria se utiliza ou aplica seus principais dispositivos relativos a uma terapêutica relacional (tecnologias leves).

Quanto à concepção de integralidade, ficou evidente uma convergência na compreensão do conceito por parte dos trabalhadores.

No que tange à correlação entre a Linha de Cuidado em saúde mental ofertada aos usuários atendidos nesse CAPS com àquela preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), foram identificadas algumas concordâncias, entendidas aqui como potencialidades ou pontos positivos ou fortalezas; bem como algumas discrepâncias, entendidas como fragilidades ou pontos negativos.

Depreende-se daí, que, embora existam significativos avanços na implementação de uma Linha de Cuidado em saúde mental atrelada à população atendida nesse CAPS em conformidade com o estabelecido pela PNSM, muitos ainda são os desafios para que se atinjam todos os preceitos que regem a ordenação dessa linha de cuidado.

Espera-se, portanto, que este trabalho propicie uma reflexão de como vem sendo desenvolvidas as práticas de saúde mental, a fim de contribuir para formulações de ações que visem a sua melhoria, bem como de fomentar a realização de outros estudos que também possam estar abordando a questão psicossocial e, até mesmo identificando outras lacunas que aqui passaram despercebidas.

5. AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos deste trabalho se destinam aos funcionários do corpo técnico administrativo da Universidade de Pernambuco; como também aos profissionais da equipe multiprofissional de

saúde do CAPS José Carlos Souto, na cidade do Recife-PE e aos gerentes de Atenção Básica da cidade do Recife-PE.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, Patrícia Gomes. **Rede de saúde mental de Fortaleza-Ce: A produção do cuidado articulada ao processo de referência e de contrarreferência.** 2009. 146 f. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza, Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2009.

BORGES, Karenn Cynthia Santos e Silva. **O cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais dos CAPS.** 2016. 96 f. [Dissertação de Mestrado]. São Luís, Maranhão: Universidade Federal do Maranhão; 2016.

BORGES, Karenn Cynthia Santos e Silva; RODRIGUES, Julia; GONÇALVES, Laura; SOUZA, Polliana Carolina da Silva; SOUZA, Tadeu de Paula; LAMY, Zeni Carvalho. O Cuidado nos CAPS numa Região de Saúde Maranhense. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 92 – 111, 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080.** Brasília: Ministério da Saúde, set/1990. [online] [acesso 2017 set 15] Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

CARRIJO, Elisângela Rodrigues. **Implementação das linhas de cuidado na saúde pública brasileira: O caso da unidade de saúde escola da UFSCar.** 2012. 114 f. [Dissertação de Mestrado] São Carlos, Universidade Federal de São Carlos; 2012.

COSTA, Maria da Graça; DIMESTEIN, Magda; LEITE, Jader. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. **Revista colombiana de psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-28, 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **A cadeia do cuidado em saúde.** In: MARINS JJ et al (org) EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec. No prelo 2011.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 431-446, 2010.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 217-231, 2015.

FRANCO, Camila Maio; SANTOS, Simone Agadir; SALGADO, Mônica Ferzola. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Ensp: Rio de Janeiro; 2011.

FREITAS, Isabel Carmen Fonseca; SILVA, Celia Nunes; ADAN, Luis Fernando Fernandes; KITAOKA, Emy Guerra; PAOLILO, Renata Barbosa; VIEIRA, Luiza Araújo. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p.1001-1012, 2011.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; FISCHER, Tânia. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 09-26, 2009.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, p. 87-101, 2013.

MARINHO, Carolina Chacra Carvalho; CONCEIÇÃO, Cíntia Santos; SANTOS, Maria Lizzia Moura Ferreira; CARVALHO, Soraia Soraia Martins; MENEZES, Tânia Maria de Oliva; GUIMARÃES, Eleonora Peixinho. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado:(vi)endo o tecer dos fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n.3, p. 619-33, 2011.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.

MERHY, Emerson Elias; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2003.

PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. **Projeto de intervenção: acolhimento como diretriz operacional no centro de atenção psicossocial (CAPS) José Carlos Souto**. 2010. 35f. [Monografia] – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de

Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

PINTO, Antônio Germane Alves. **Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial**. 2008.191 f. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza, Ceará: Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde; 2008.