

GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

MENTAL HEALTH CARE MANAGEMENT FROM THE PERSPECTIVE OF THE HEALTH CARE NETWORK

GESTIÓN DEL CUIDADO EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD

Mislene Beza Gordo Sarzana ¹
Greice Lessa ²
Lucas Corrêa Preis ²
Joelma Patricio da Luz Perin ¹
Selma Regina de Andrade ³
Alacoque Lorenzini Erdmann ³

¹ Centro Universitário Barriga Verde-UNIBAVE, Curso de Enfermagem. Orleans, SC – Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PEN. Florianópolis, SC – Brasil.

³ UFSC, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem -PEN, Curso de Enfermagem – Florianópolis, SC – Brasil.

Autor Correspondente: Greice Lessa. E-mail: greicelessa@hotmail.com

Submetido em: 05/09/2017

Aprovado em: 01/10/2018

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender a gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. Trata-se de estudo qualitativo que utilizou como referencial teórico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A amostra foi composta de 27 profissionais de saúde, distribuídos em três grupos amostrais. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista intensiva. Os dados coletados foram analisados por meio de codificação inicial e focalizada e foram organizados pelo software de análise qualitativa NVIVO[®]10, em que foram geradas três categorias e 11 subcategorias emergentes. Os resultados evidenciaram que a gestão do cuidado na saúde mental é permeada por dificuldades de comunicação e articulação entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Para que haja essa integração entre os serviços de saúde é preciso que os profissionais aprimorem seus conhecimentos na área de saúde mental e coloquem em prática o matriciamento.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Saúde Mental; Transtornos Mentais; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the management of mental health care from the perspective of the health care network. This is a qualitative study that used Grounded Theory (GT) as theoretical reference. The sample consisted of 27 health professionals distributed in three sample groups. Intensive interviews were used to collect data. The collected data were analyzed by means of initial and focused coding and were organized using the NVIVO[®]10 software for qualitative analysis. Three emergent categories and 11 subcategories were generated. The results showed that mental health care management is permeated by difficulties of communication and articulation between the services that make up the health care network. In order to articulate the health services, the professionals need to improve their knowledge in the area of mental health and put effective matrixing into practice.

Keywords: Comprehensive Health Care; Mental Health; Mental Disorders; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

El presente estudio tiene por objeto analizar la gestión del cuidado en salud mental desde la perspectiva de la red de atención de salud. Se trata de un estudio cualitativo en base a la teoría fundamentada en los datos (TFD). La muestra estaba compuesta por 27 profesionales de salud divididos en tres grupos. La recogida de datos se realizó a través de una entrevista intensiva. Los datos recogidos se analizaron por codificación inicial y focalizada y se organizaron con el software de análisis cualitativo NVIVO[®]10, en el cual se generaron tres categorías y once subcategorías emergentes. Los resultados ponen en evidencia que hay grandes dificultades de comunicación y articulación entre la gestión del cuidado en salud mental y los servicios que componen la red de atención de salud. Para que de hecho haya integración entre los servicios de salud, los profesionales deberían perfeccionar sus conocimientos en el campo de la salud mental y poner en práctica el apoyo matricial.

Palabras clave: Atención Integral de Salud; Salud Mental; Trastornos Mentales; Enfermería Psiquiátrica.

Como citar este artigo:

Sarzana MBG, Lessa G, Preis LC, Perin JPL, Andrade SR, Erdmann AL. Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em _____];22:e-1144. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20180075

INTRODUÇÃO

O cenário atual da saúde mental no Brasil é fruto de amplos movimentos e debates sociais, que requerem uma assistência de melhor qualidade às pessoas com sofrimento mental.¹ Apesar de a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorientação do modelo assistencial, ter sua aprovação há mais de uma década e meia, o desafio que emana do cuidado em saúde mental ainda é grande, sendo necessários espaços na sociedade que garantam a ressocialização do sujeito e o respeito à vida.^{2,3}

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira favoreceu a criação de uma rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar, valorizando os direitos e a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, essa luta é diária e perpassa décadas na busca da efetivação de uma rede de cuidado ampliada.⁴

É com esse olhar que o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede tem a finalidade de superar a fragmentação da assistência e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando o seu funcionamento político-institucional, de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população.¹ Assim, a proposta da RAPS no contexto de cuidado às pessoas com sofrimento mental adota uma perspectiva ampla, diversificada, integrada, articuladora e efetiva nos diferentes pontos de atenção, visando ao resgate da cidadania e ao processo de inclusão social.⁵

As redes, compostas de equipes e equipamentos de saúde, podem se articular de uma unidade básica de saúde para um serviço de emergência ou desta para um hospital; enfim, os trajetos a serem percorridos são acionados para cada caso e realizados de acordo com as necessidades dos usuários e dos recursos disponíveis para o seu cuidado.⁶ Os serviços que atuam em benefício das pessoas com sofrimento mental necessitam estar articulados em um processo de trabalho horizontal, garantindo a assistência em saúde mental em todos os pontos de atenção do SUS.⁷ Contudo, o cuidado em saúde mental ainda carece de estratégias capazes de propor soluções para os obstáculos que surgem no cotidiano, necessitando de profissionais comprometidos e com habilidade para lidar com as possibilidades e os desafios que surgem nesse campo.²

No entanto, dispor de serviços e ações de saúde, por si só, não garante que o cuidado será, de fato, integral e resolutivo. Elementos como modelos de gestão podem auxiliar na efetivação do cuidado em rede, direcionando os passos de gestores, profissionais de saúde e consequente melhoria do cuidado aos usuários.⁸ Na busca pela integralidade do cuidado por meio da RAPS, destaca-se a gestão do cuidado em saúde como importante ferramenta para auxílio nessa construção.

A gestão do cuidado em saúde pode ser definida como a utilização de tecnologias que levam em consideração a indi-

vidualidade humana, na promoção de mais segurança e autonomia para o seu bem-estar. Para isso, a gestão do cuidado em saúde ancora-se em seis múltiplas dimensões, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Cada dimensão possui uma particularidade, porém há conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores.⁹

No âmbito da saúde mental, a gestão do cuidado tem enfrentado barreiras que comprometem a sua solidificação, resultando em instabilidade na articulação entre os serviços e na concretização de práticas assistenciais qualitativas.⁵ Associado a isso, a preocupação e os questionamentos com a qualidade da assistência prestada às pessoas com sofrimento mental têm sido intensificados. Tais questionamentos estimulam a reconfiguração de suas bases metodológicas e conceituais e promovem a ampliação das ações e atividades terapêuticas, de forma compartilhada com os demais serviços assistenciais de saúde.¹⁰

Nesse contexto, levando-se em consideração a importância da gestão do cuidado para efetivação da rede de atenção psicossocial, este estudo objetivou compreender a gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e com o referencial teórico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*.¹¹

O município de estudo está localizado no sul do estado de Santa Catarina, com população de aproximadamente 29.000 habitantes.¹² Possui oito equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Clínica Materno-Infantil, Saúde do Homem, Policlínica de Atendimento Municipal e um Hospital Geral como referência municipal.

Conforme preconiza a metodologia da TFD, os participantes da pesquisa foram indicados a partir da realização do estudo por meio da composição de uma amostragem teórica, que consiste na inclusão de diferentes sujeitos para refinar e adensar as categorias que surgem ao longo do estudo.¹¹ Para a amostragem teórica, foram compostos três grupos amostrais, perfazendo o total de 27 participantes, definidos a partir da circularidade dos dados e no método comparativo constante.

O primeiro grupo foi composto de 17 profissionais (P1-P17) atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município estudado, sendo: quatro enfermeiros, quatro médicos, quatro técnicos em Enfermagem, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um pedagogo e um fisioterapeuta. Optou-se por iniciar com os profissionais da ESF e NASF, levando em consideração que a

ESF comumente é classificada como sendo a porta de entrada dos atendimentos na rede de atenção à saúde do SUS.

À medida que as entrevistas aconteciam e as respectivas análises desse grupo amostral avançavam, fatos relevantes mostravam-se persistentes em algumas entrevistas, entre eles o acúmulo de falas que versavam a respeito do papel do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no atendimento aos usuários de saúde mental. Esse fator desencadeou a formação do segundo grupo amostral, composto de cinco profissionais (P18- P22), atuantes no CAPS, sendo: um enfermeiro, um médico psiquiatra, um técnico de Enfermagem, um psicólogo e um assistente social.

No decorrer da análise dessas entrevistas, de forma relevante identificou-se que o hospital é o serviço que atende os usuários de saúde mental durante uma urgência psiquiátrica. A partir disso, foi constituído o terceiro grupo amostral, composto de cinco profissionais (P23- P27) que atuam no pronto-socorro de um hospital geral, sendo: dois enfermeiros, dois técnicos de Enfermagem e um médico.

Ressalta-se que o tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação teórica dos dados, conforme preconiza o método,¹¹ e que para a composição dos grupos amostrais mencionados estabeleceu-se como critério de inclusão a existência de experiência profissional no atendimento a pessoas com sofrimento psíquico.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2015, por meio de entrevista intensiva.¹¹ As entrevistas foram realizadas individualmente nos locais de preferência dos participantes e seguiram um roteiro com questões abertas relacionadas à gestão do cuidado na rede de atenção psicossocial. Estas foram transcritas na íntegra no *Microsoft Office Word*®. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos, que geraram aproximadamente 128 páginas transcritas.

Para a análise dos dados, foram utilizadas duas etapas de codificação: inicial e focalizada. A codificação inicial consiste na divisão e denominação de cada segmento de dado em códigos que expressam os significados presentes nas falas dos entrevistados. Na codificação focalizada, os códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram classificados, integrados, sintetizados e organizados em subcategorias e categorias até a obtenção do fenômeno ou da categoria central da pesquisa. O fenômeno configura-se como a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas.¹² Para organizar e categorizar os dados, foi utilizado o *software* de análise qualitativa NVIVO® 10.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme consta na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.125.508. As entrevistas foram consentidas pelos participantes mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação

dos objetivos e do método do estudo. Os depoimentos obtidos foram identificados com a letra “P” para profissionais, associadas a números conforme ordem das entrevistas.

RESULTADOS

As três categorias e suas subcategorias que emergiram da análise dos dados estão apresentadas na Tabela 1. Com base na interconexão das categorias, obteve-se o fenômeno “articulando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental na rede de atenção psicossocial”. A seguir, descreve-se cada uma das categorias.

Tabela 1 - Categorias, subcategorias e fenômeno do estudo

Categorias/subcategorias
<p>Descrevendo a dimensão individual e familiar da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental</p> <p>1. Escolhendo o tipo de serviço de saúde para ser atendido 2. Sofrendo preconceito por ter um familiar com transtorno mental 3. Percebendo a necessidade de oferecer apoio ao familiar da pessoa com transtorno mental 4. Compreendendo a causa dos transtornos mentais como uma questão social</p>
<p>Desenvolvendo a dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado em diferentes pontos da rede de atenção à saúde</p> <p>5. Percebendo a ESF como porta de entrada e responsável pela prevenção e promoção à saúde 6. Acolhendo o portador de transtorno mental leve na ESF, grave no CAPS e emergência no hospital 7. Enfrentando desafios ao trabalhar com pessoas com transtorno mental 8. Minimizando as internações psiquiátricas por meio do CAPS</p>
<p>Desenvolvendo a dimensão sistêmica e societária da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental</p> <p>9. Construindo uma rede de atenção à saúde mental no município 10. Percebendo articulação dos serviços no atendimento à pessoa com transtorno mental 11. Encaminhando a pessoa com transtorno mental para diferentes pontos da rede</p>
<p>FENÔMENO</p> <p>Articulando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental na rede de atenção psicossocial</p>

A primeira categoria, “Descrevendo a dimensão individual e familiar da gestão do cuidado a pessoa com transtorno mental”, revelou aspectos dessa dimensão, vivenciados pelos profissionais durante a assistência em saúde mental.

Apesar de a atenção básica ser referenciada como a porta de entrada para o SUS, muitas pessoas acabam dirigindo-se a outros serviços para receberem o atendimento inicial, ainda que o problema não se configure como uma urgência ou emergência. Na saúde mental esse processo não é avesso, as pessoas com transtorno mental nem sempre buscaram atendimento na Estratégia de Saúde da Família, tornando-se o CAPS ou Pronto-Socorro hospitalar uma alternativa inicial.

[...] *nem sempre estes pacientes mentais procuram a ESF, porque muitas vezes eles já vão direto ao cuidado secundário, que seria o CAPS [...]* (P10).

Ter um familiar com transtorno mental é algo desafiador, pois além de ter que lidar com todos os problemas advindos da doença mental, ainda precisam encarar o preconceito da sociedade. Nesse sentido, os profissionais perceberam a necessidade de ofertar uma assistência não apenas para a pessoa com transtorno mental, mas também a toda a família.

[...] *necessitamos apoiar mais esses familiares, porque na verdade, eu acho que quem mais sofre são os familiares e isso passa despercebido, às vezes nós tentamos tratar este paciente com medicamento ou apoiamos quando em um surto, porém o familiar, que é o que mais sofre, acaba não recebendo ajuda profissional* (P3).

A gente sabe que existe o preconceito, eu sei porque eu já passei por isso, meu irmão tem esquizofrenia, e é bem difícil lidar com isso. A maneira como as pessoas olham para ele, chamar de louco, etc., dói muito. O familiar não gosta, porque aquilo ali não é uma questão de loucura, não é uma coisa que ele quer, entende? (P26).

Os profissionais de saúde, ao atender variada gama de pessoas com transtornos mentais, perceberam que, algumas vezes, as questões sociais são desencadeadoras desse problema, o que torna complexo seu tratamento.

Os pacientes em si, na maioria, são quadro de tristeza, e a gente vê que na verdade é problema social, então é o ambiente familiar que tem problema, é problema no trabalho, é falta de dinheiro, e então tudo vira depressão, ansiedade e acham que o remédio vai resolver. Então basicamente a grande maioria é assim. Alguns têm transtornos que precisam de acompanhamento, mas a grande maioria você percebe que é problema mais social do que psiquiátrico mesmo, não que não seja psiquiátrico, né, mas o problema social em si leva ao desânimo e tudo mais, aí vai tomar um remedinho que vai melhorar, infelizmente não é por aí (P8).

A maioria deles, hoje em dia com esse nosso mundo corrido, é o transtorno ansioso generalizado, transtorno de ansiedade, depois vem depressão, muitas vezes as pessoas confundem a tristeza com depressão. Tem vários aspectos, desde a esquizofrenia até uma simples tristeza ou um luto por perder um ente querido, alguma coisa pa-recida (P11).

A segunda categoria, “Desenvolvendo a dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado em diferentes pontos da rede de atenção a saúde”, revelou a dinâmica profissional e organizacional para a concretização da gestão do cuidado.

Os profissionais de saúde perceberam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como genitora e responsável pelas ações de promoção e prevenção a saúde. Essa seria a porta de entrada para os usuários de saúde mental no SUS, assim como a responsável por evitar o início e/ou agravamento de um transtorno mental.

O papel da atenção básica é importantíssimo, é o acolhimento, é a porta de entrada, eles vão procurar o postinho perto da casa, às vezes cria esse vínculo com a enfermeira, com a técnica de Enfermagem, onde eles buscaram esse apoio, com o doutor, esse apoio inicial é bem interessante (P11).

Para melhor organização da assistência foi estabelecida uma hierarquia do cuidado dentro da rede de atenção à saúde, sendo a ESF responsável pelo atendimento de transtornos mentais leves; os casos mais graves, para atendimento e tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e as emergências psiquiátricas, atendidas no hospital geral.

Então aqui na ESF, quando algum paciente nos procura pedindo ajuda a gente faz o acolhimento, tenta já acolher esse paciente, tenta conversar nesse primeiro momento, vê o que está precisando, às vezes só uma boa conversa já ajuda, né, geralmente são casos mais leves [...] (P5).

[...] *porque o perfil de CAPS é os de alta complexidade, são pacientes graves, pacientes esquizofrênicos, pacientes com transtorno de personalidade, pacientes com humor bipolar e depressões graves, os outros quadros a gente deixa para a Estratégia Saúde da Família ou Ambulatório de Psiquiatria* (P21).

O papel do hospital é o cuidado inicial durante a crise de emergência, o primeiro atendimento, é dar o suporte necessário para a sobrevivência daquele paciente (P23).

Os profissionais que atuam na ESF e hospital geral referiram que o cuidado à pessoa com transtorno mental é permeado por adversidades. Sobrecarga de trabalho, falta de capacitação em saúde mental e estrutura física inadequada foram citadas como as principais dificuldades enfrentadas para a oferta de uma assistência de qualidade.

Eu não sei lidar com o paciente psiquiátrico, eu não sei o que falar, às vezes eles vêm aqui e você vê que é um paciente que tem algum problema psiquiátrico, uma de-

pressão. Independente de qualquer coisa o que eu digo: calma, vai dar tudo certo! Mas isso qualquer um fala, eu como profissional da saúde não tenho uma preparação do que falar para o paciente [...] (P7).

A gente tem tantas atividades para fazer que não resta muito tempo, e esses pacientes precisam de tempo para conversar, para fazer um bom acolhimento (P3).

Na parte de pronto-socorro não temos um espaço físico específico para atender os portadores de transtorno mental, ele acaba sendo atendidos junto com os outros pacientes [...] (P25).

Os profissionais que atuam no CAPS geralmente têm alguma especialização nessa área, por isso se sentiram preparados para lidar com esse grupo. O CAPS desenvolve uma série de atividades com esses usuários e oferece suporte profissional com a finalidade de amenizar os sintomas e ajudá-los a se reinserir na sociedade, sobretudo após internação em hospital psiquiátrico.

[...] a partir do momento que o paciente passa por um acolhimento a gente insere ele em algum grupo no CAPS, então ele vai participar dos grupos, a gente tem o grupo de artesanato, grupo de hortoterapia, musicoterapia, grupos de dependência química, grupo de apoio aos familiares, nós temos vários grupos, grupos de psicoterapia (P21).

Por isso a abertura do CAPS. O CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial onde o governo fundou na verdade para tentar diminuir as internações e tentar inserir mais os pacientes psiquiátricos na sociedade (P19).

A terceira categoria, “Desenvolvendo a dimensão sistêmica e societária da gestão do cuidado a pessoa com transtorno mental”, refere-se à organização da dinâmica sistêmica e societária que compõe a gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental.

A criação de alguns serviços de saúde, como o CAPS e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), representou um avanço para a efetivação dos princípios do SUS, sobretudo a equidade e integralidade. Após a criação destes serviços, os profissionais perceberam um maior envolvimento entre os diferentes pontos de atenção com o matriciamento, configurando o momento em que o município começou a discutir e trabalhar em rede.

[...] sempre estamos matriciando, a gente faz o matriciamento, que é essa troca de informação, como o paciente está indo, como está o plano terapêutico desse paciente, às vezes a ESF sempre tem uma informação a mais pra dar sobre esse paciente, é a estratégia que está lá dia

a dia, o agente comunitário, o enfermeiro, o técnico de Enfermagem, sabe o histórico familiar (P18).

Temos uma ótima relação com os serviços da rede, programas que estão surgindo todos por aí como o CAPS e NASF, estão vindo só para acrescentar (P6).

Mesmo com mais interação entre os serviços que compõem a rede, ainda persistiam dificuldades de comunicação, principalmente no encaminhamento de usuários para diferentes serviços.

Mas situações que a gente encontra, a gente encaminha o paciente para o CAPS, chega lá, não, esse paciente não é perfil de CAPS, devolve para a ESF, e o paciente fica vagando [...] (P9).

Ao articular as categorias e subcategorias, aliando ao pensamento reflexivo sobre o evento estudado, obteve-se o fenômeno: “Articulando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental na rede de atenção psicossocial”. A Figura 1 representa a interação das categorias com o fenômeno.

DISCUSSÃO

A atenção à saúde mental brasileira tem apresentado mudanças no seu contexto assistencial nas últimas décadas, mediadas principalmente pelas transformações advindas com a Reforma Psiquiátrica. Desde então, um novo modelo de atenção foi inserido no cenário da saúde mental, rompendo com a prática tradicionalmente institucionalizada e voltada exclusivamente para o tratamento da doença mental.¹³

A atenção primária à saúde (APS) caracteriza-se no cenário brasileiro como a porta de entrada preferencial para a assistência à saúde no SUS, incluindo a assistência à saúde mental. Deve ser considerada o centro de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, ordenando os fluxos e contrafluxos dos níveis primário, secundário e terciário.¹⁴ Diferentemente, os dados encontrados neste estudo revelaram que os usuários muitas vezes não recorrem ao serviço de APS para o atendimento inicial de sua condição de saúde, comprometendo o seu tratamento desde o início e dificultando a realização de uma assistência integral e resolutiva dentro da rede de atenção à saúde.

No que diz respeito à dimensão individual e familiar da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental, a presença de um familiar portador de transtorno mental acarreta consequências importantes, não só ligadas à doença, como também ao contexto social, derivadas de preconceitos que necessitam ser enfrentados pelas pessoas e familiares. Essa dimensão de análise corrobora os resultados de estudo que avaliou a resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais.¹⁵



Figura 1 - Diagrama representativo do fenômeno e suas categorias.

Mesmo com os avanços advindos com a Reforma Psiquiátrica e com atualização de políticas públicas relativas à saúde mental, as representações sociais negativas sobre as pessoas com transtornos mentais ainda estão presentes nos diferentes segmentos societários.¹⁵

Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul e que objetivou compreender as expectativas de familiares de paciente portadores de transtorno mental quanto às ações realizadas pela ESF apresentou a necessidade da inserção da família na assistência em saúde mental de seus pacientes. Revelou que, ao se proporcionar apoio para a condução de suas vidas, haverá aumento da efetividade na assistência em saúde mental, minimizando consequências indesejáveis no meio familiar com a inserção de um membro com transtorno mental.¹⁶

Em relação ao atendimento integral no contexto da saúde mental, os resultados apontaram que os profissionais reconhecem essa prática como um processo complexo e multifacetado. Por vezes, as situações sociais vivenciadas são mediadoras dos transtornos mentais nas pessoas, sendo estas parte do conjunto de fatores listados pela Organização Mundial da Saúde que influenciam no desenvolvimento de transtornos mentais na população. Seu desenvolvimento liga-se à incapacidade de uma pessoa em administrar seus pensamentos, emoções e interações sociais. Além disso, a estrutura social, os fatores culturais, econômicos, ambientais, condições de trabalho e de moradia e questões da comunidade podem interferir na saúde mental de qualquer indivíduo, resultando no desenvolvimento de transtornos mentais.¹⁷ Trabalhar nesse cenário requer habilidades para lidar com o ser humano, tendo em vista a necessidade de compreendê-lo consideran-

do os múltiplos aspectos que influenciam o desenvolvimento de transtornos mentais.¹⁸

Em relação à dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado em diferentes pontos da rede de atenção à saúde, os profissionais consideraram a ESF como a responsável por desenvolver ações que visam evitar a origem e agravamento dos transtornos mentais. Além disso, consideraram que a hierarquização do trabalho sob a ótica da rede de atenção representa um preditor para o alcance da integralidade em saúde mental. Estudo desenvolvido no Sul do Brasil mostrou que a ESF representa um importante espaço de promoção dos cuidados em saúde mental, uma vez que dispõe de territorialidade e que possui a família como seu foco de cuidado. Contudo, muitas vezes a equipe da ESF restringe-se à reprodução do modelo biomédico de cuidado quando se trata da saúde mental, colocando em risco a qualidade das ações que poderiam ser desenvolvidas.¹⁶

No cenário deste estudo, os usuários com quadros clínicos graves foram acompanhados pelo CAPS, já os com quadros agudos foram referenciados para atendimento na emergência do hospital geral. O perfil dos usuários que constituem a população atendida pelo CAPS foi avaliado em estudo realizado na região Nordeste brasileira e seus resultados evidenciaram que se trata de pessoas com transtornos mentais graves ou de pessoas com grave comprometimento psíquico, apresentando semelhança com os achados da presente pesquisa. O CAPS deve ser considerado um serviço substitutivo e que visa garantir atendimento clínico diário, evitando internações e promovendo a reinserção de seus pacientes no meio social.¹⁹

Os usuários com transtorno mental ou com grave comprometimento psíquico vivenciam momentos críticos que, por

vezes, coincidem com o desencadeamento de momentos de crise. Em tais momentos, os usuários são direcionados a hospitais para a obtenção de atendimento. De fato, as situações agudas em saúde mental devem ser atendidas pelos hospitais gerais que integram a rede de atenção à saúde, por meio da implantação e qualificação de leitos psiquiátricos e da oferta de serviços de emergência psiquiátrica.^{20,21}

Contudo, existem dificuldades de trabalho quando se trata da assistência a usuários com transtornos mentais fora do serviço de atenção psicossocial. Em outros estudos foi verificado que os profissionais alegavam não saber o que falar ou perguntar, tinham receios de piorar o quadro dos pacientes ou entendiam que este campo do saber não lhes era acessível. Muitos dos profissionais desenvolveram competências para cuidar da pessoa em saúde mental a partir da própria vivência profissional.^{15,22}

Na dimensão sistêmica e societária da gestão do cuidado à pessoa com transtorno mental deste estudo, os profissionais reconheceram que o trabalho conjunto dos distintos serviços favoreceu a prática de atenção integral e resolutive na saúde mental. Apesar desse avanço, ainda havia dificuldades de comunicação e de acesso entre os diferentes pontos da rede. O trabalho articulado nas redes de atenção à saúde deve comunicar-se, dispondo de serviços de atendimento unilaterais e interconectados. Os caminhos a serem percorridos na rede devem ser acionados conforme cada caso e pautados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o seu cuidado.⁶

A efetivação da atenção integral depende, em grande parte, da construção compartilhada de uma intervenção pedagógico-terapêutica, chamada de matriciamento. O correto matriciamento exige dos profissionais competências e habilidades tanto pedagógicas quanto gerenciais, que favoreçam a construção dos espaços de diálogos coletivos e democráticos. Sem essas competências, a reorganização do processo de trabalho e a transformação de práticas de cuidado orientadas por esse princípio ficam fragilizadas e a constituição de um trabalho em rede não é estabelecido.^{23,24}

O inadequado acesso aos serviços de saúde mental tem resultado no agravamento do quadro de pessoas com transtorno mental e, com isso, contribuído para altas taxas de suicídio nos Estados Unidos.²⁵ Tais considerações detectam a necessidade do fortalecimento das redes de atenção à saúde no que se trata da saúde mental, visando à melhoria das condições de acesso e à garantia da integralidade nas práticas de cuidado, evitando-se o agravamento do quadro de transtorno psiquiátrico.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a compreensão da gestão do cuidado ao portador de transtorno mental, contribuindo para reconhecer a fragilidade e as potencialidades da Rede de Atenção

Psicossocial e seus efeitos para a sociedade, familiares, profissionais e também aos próprios portadores de transtorno mental.

A integração entre as redes de atenção à saúde necessita melhorar e isso é possível, especialmente com a prática do matriciamento, com a capacitação dos profissionais na saúde mental e com a integração dos serviços que compõem tais redes.

A Estratégia Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Centro de Atenção Psicossocial e o hospital são os principais serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. Apesar dos avanços na assistência ao portador de transtorno mental observam-se dificuldades na articulação entre esses serviços.

Resalta-se que este estudo apresentou limitações, pelo fato de ser realizado em um único contexto, impedindo de generalizar o fenômeno para outras realidades. Contudo, estudos sobre a gestão do cuidado em saúde mental são escassos, o que permite recomendar a realização de novas pesquisas nessa área, notadamente comparando a construção e a articulação da rede de atenção à saúde em municípios de pequeno e grande porte.

REFERÊNCIAS

1. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. The regionalization of mental health and new challenges of the Psychiatric Reform in Brazil. *Saúde Soc.* 2017[citado em 2017 ago. 27];26(1):155-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.
2. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Guedes AC, Nunes CK, Demarco DA. Beyond mental health's network: between challenges and potentialities. *Rev Pesqui Cuid Fundam online.* 2017[citado em 2017 ago. 27];9(1):85-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.85-91>.
3. Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Kalinke LP, Ferreira ACZ, Capistrano FC. The mental disorder profile of patients treated at the center for psychosocial care (CAPS). *REME - Rev Min Enferm.* 2017[citado em 2018 ago. 07];21(e-1010):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170020>.
4. 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.* 2017[citado em 2017 ago. 27];38(1):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>.
5. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the west psychosocial care network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2017[citado em 2018 ago. 27];70(5):1016-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>.
6. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis.* 2014[citado em 2017 ago. 27];24(1):253-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.
7. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu).* 2016[citado em 2017 ago. 27];20(58):625-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Cecílio LCO. Theoretical and conceptual notes on evaluative processes taking the multiple dimensions of healthcare management into account. *Interface (Botucatu).* 2011[citado em 2017 ago. 27];15(37):589-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
10. Santos RCA, Pessoa Junior JM, Miranda FAN. Psychosocial care network: adequacy roles and functions performed by professional. *Rev Gaúcha*

- Enferm. 2018[citado em 2017 ago. 27];39(1):1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57448>.
11. Santos JLG, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Melo ALSF, Leite JL. Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016[citado em 2017 ago. 27];20(3):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Santa Catarina (SC): IBGE; 2010. [citado em 2017 ago. 27]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/omb>.
 13. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Development of human resources for work in mental health services. *Texto Contexto Enferm.* 2013[citado em 2017 ago. 27];22(4):1142-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400033>.
 14. Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GDC, Baggio MA, Kahl C, Koerich C. Myocardial revascularization: unveiling strategies in reference and counter reference in primary health care. *Rev Baiana Enferm.* 2016[citado em 2017 ago. 27];30(1):295-304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.16039>.
 15. Brolese DF, Lessa G, Santos JLG, Mendes JS, Cunha KS, Rodrigues J. Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2017[citado em 2017 ago. 27];51(1):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016026003230>.
 16. Camatta MW, Tocantins FR, Schneider JF. Mental health actions in Family Health Strategy: family expectations. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016[citado em 2017 ago. 27];20(2):281-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160038>.
 17. Pinto ACS, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC, Braga VAB, Souza AMA. Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014[citado em 2017 ago. 27];48(3):555-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>.
 18. Macedo JQ, Lima HP, Alves MDS, Luis MAV, Braga Violante AB. Practices in mental health services: interface with professionals' satisfaction. *Texto Contexto Enferm.* 2013[citado em 2017 ago. 27];22(4):999-1006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400016>.
 19. Cruz LS, Carmo DC, Sacramento DMS, Almeida MSP, Silveira HF, Ribeiro Junior HL. Profile of patients with mental disorders assisted in the center for psychosocial care in the city of Candeias, Bahia, Brazil. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2016[citado em 2017 ago. 27];20(2):93-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.01>.
 20. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervention in situations of psychic crisis: challenges and suggestions of a prehospital care staff. *Rev Bras Enferm.* 2014[citado em 2017 ago. 27];67(5):708-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.
 21. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Mental health care network from the view of health service coordinators. *Trab Educ Saúde.* 2013[citado em 2017 ago. 27];11(2):395-409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200008>.
 22. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016[citado em 2017 ago. 27];20(3):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>.
 23. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu).* 2017[citado em 2017 ago. 27];21(61):373-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.
 24. Romera AA, Barrêto AJR, Pinheiro PGOD, Adário KDO, Sá LD. Speech of nurse managers related to conditions that (dis)favor the control of tuberculosis in the elderly. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016[citado em 2017 jun. 20];37(4):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57327>.
 25. Hester RD. Lack of access to mental health services contributing to the high suicide rates among veterans. *Int J Ment Health Syst.* 2017[citado em 2018 jun. 20];11(47):1-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-017-0154-2>.
-