

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA

**CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
REGIONAL I**

CURITIBA

2024

NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA

**CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
REGIONAL I**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: **Rejane Cristina Teixeira Tabuti**

CURITIBA

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Curitiba, 26 de janeiro de 2024.

O trabalho intitulado **CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL REGIONAL I** de autoria da aluna **NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Orientadora do TCR

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Avaliadora da Instituição

Prof. Dra. Lygia Maria Portugal de Oliveira
Avaliadora Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que encontrei pelas oportunidades de trocas, reflexões e construções conjuntas, que me ensinaram que saúde mental tem relação com afeto, vínculo, criatividade e de sustentação das diferenças.

Às amigas Eve e Ind, minhas companheiras de residência e de vida, que foram em tantos momentos abrigo durante as tempestades, meu amor por vocês é gigante.

Ao meu amor da vida, Tainá, um dos encontros mais bonitos e inesperados da minha existência até aqui. Sorte minha dividir a vida com você, te amo.

Às(aos) profissionais que nos receberam em cada cenário de prática com paciência e disposição para trocas.

Às/aos preceptoras/es que me acompanharam mais de perto, obrigada pelos ensinamentos e apoio. Em especial, à minha querida Andréa por ter me abraçado e incentivado, te amo e quero você pra sempre na minha vida.

Aos tutores pela escuta sempre atenta e pelo acolhimento, vocês foram imprescindíveis nesta jornada.

As colegas R1 e R3, obrigada pelos diálogos, aprendi muito com vocês.

Por fim, agradeço à família por compreender, na maioria das vezes, a minha ausência. Obrigada pelos momentos de encontros animados, foi muito importante para que eu conseguisse continuar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	15
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	16
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES E ANEXOS	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - A USF tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) atendidos no CAPS?.....	46
Gráfico 2 - Nota atribuída para a comunicação entre USF Tarumã e o CAPS Regional I.....	46
Gráfico 3 - Serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental (agrupados por secretaria).....	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica provocou importantes transformações no cuidado em saúde mental, no que diz respeito às práticas, saberes e na busca por um novo lugar social para a loucura. Orientado pela perspectiva de Atenção Psicossocial, defende-se que o cuidado deve acontecer, prioritariamente, no território, a partir de uma rede integrada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para um cuidado no território que seja integral, longitudinal e com participação dos sujeitos, faz-se fundamental a articulação entre os pontos de atenção da RAPS em conjunto com a rede intersetorial de políticas públicas. A partir da inserção da pesquisadora enquanto residente em cenários de prática no município de Pinhais, identificou-se fragilidades no cuidado compartilhado aos usuários, entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I, refletindo na atenção à saúde para aqueles que em algum momento da vida estiveram em acompanhamento no CAPS. Dessa forma, foi proposta esta intervenção com o objetivo de contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Nesse sentido, foi enviado questionário às equipes a fim de compreender como as(os) trabalhadoras(es) entendem o cuidado em saúde mental, e os desafios e potencialidades identificados na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária à Saúde e CAPS. As respostas orientaram os debates nos encontros coletivos. Assim, foram realizados dois encontros entre os(as) trabalhadores(as) dos referidos serviços e um encontro com as respectivas coordenadoras. Enquanto desdobramentos desta intervenção, menciona-se a aproximação entre as equipes, a construção de planilha compartilhada para o acompanhamento aos usuários, e construção de agenda compartilhada com previsão de espaço mensal para discussão de casos, e abertura para construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos(as) usuários(as). Criar espaços de discussão coletivas entre os serviços é parte fundamental de um trabalho que se propõe acontecer em rede, no entanto, não garante que as práticas e discussões sejam orientadas pela perspectiva de Atenção Psicossocial, sendo fundamental trazer a reflexão ética e política sobre o que orienta a prática no cotidiano de atuações nos serviços. A produção de saúde é possível quando o cuidado é centrado no sujeito e os sentidos e significados em perspectiva viabilizam a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que contribuam para a promoção da cidadania, autonomia, produzindo vida no território. E práticas assim só são possíveis a partir do reconhecimento das pessoas enquanto sujeitos de direitos, com voz e com possibilidades de criar novas formas de viver.

Palavras-chave: saúde mental; cuidado compartilhado; Rede de Atenção Psicossocial.

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de luta por transformações no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico não aconteceu apenas no Brasil, se desdobrou mundialmente e ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica (RP). Inclusive, as lutas no Brasil se inspiraram nas experiências que ocorreram na Itália, conhecida como “berço” da RP (Amarante e Nunes, 2018).

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico e mental que, a partir da década de 1960, se desdobrou em experiências concretas em diversos países, cuja diversidade se estende desde mudanças cosméticas no Manicômio e sua lógica, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização, e de total extinção dos manicômios. Estas últimas ocorreram de forma localizada, especialmente na Itália (Costa-Rosa, 2013, p. 12).

Amarante (2021) refere que a RP é constituída por dimensões, interligadas e interdependentes, caracterizando-a como um processo social-complexo. Indica que as dimensões que a constituem são teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito às reflexões em relação ao saber construído pela psiquiatria tradicional e ao modelo biomédico, tais como as noções em relação à normalidade, cura e periculosidade, que ao longo do tempo contribuíram para que se criasse o estigma direcionado às pessoas em sofrimento psíquico, onde por muito tempo tinha-se nos manicômios como único lugar de “tratamento”, num viés excludente e de ajustamento (Amarante, 2021).

Assim, cunhou-se no processo da RP a noção de “cuidado psicossocial”, ampliando a compreensão produzida e reproduzidas pelo modelo biomédico, no sentido de olhar e cuidar do sujeito em sua integralidade, considerando as dimensões psíquica e social, buscando fortalecer as redes de apoio e os projetos de vida dos sujeitos (Amarante, 2021).

As reflexões e críticas realizadas na dimensão teórico-conceitual, os questionamentos em relação ao saber construído pela psiquiatria em relação à loucura, se relacionam com os esforços para as mudanças ocorridas na dimensão técnico-assistencial, que envolve mudanças na estruturação dos serviços e nas formas de atendimento realizado, no sentido de substituir o modelo tradicional,

hospitalocêntrico, pelo modelo de Atenção Psicossocial, com enfoque nos serviços de base territorial (Amarante, 2021).

Assim, no que se refere à dimensão técnico-assistencial, busca-se consolidar uma rede de saúde territorial com ofertas diversificadas que possam atender os sujeitos em sua integralidade, sem a necessidade de afastá-los do território. Para que seja possível o cuidado proposto, essa rede articulada engloba diferentes serviços e estratégias, que envolvem serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, leitos psiquiátricos em hospital geral, estratégias de moradia e geração de renda, centros de cultura e convivência, entre outros (Amarante, 2021).

Expressa mudanças não somente em relação aos serviços, mas também nas relações entre profissionais e pessoas atendidas, onde os sujeitos ocupam lugar de protagonismo em relação à construção de suas vidas, com direito à participação social e a ocupar e transformar a cidade (Amarante, 2021).

A dimensão jurídico-política refere-se às transformações que buscam romper com o “estatuto jurídico da pessoa considerada louca” (Amarante, 2021, p. 21), legado da psiquiatria tradicional que rotula as pessoas consideradas loucas enquanto desprovidas de razão e discernimento, sendo consideradas do ponto de vista jurídico como inimputáveis, ou seja, incapazes de responderem sobre seus próprios atos. Essa noção está relacionada à ideia de que as pessoas com transtorno mental são consideradas perigosas e apresentam risco para a sociedade (Amarante, 2021).

A RP conquistou enquanto avanço significativo a aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, impulsionando importantes reflexões sobre o internamento em instituições psiquiátricas (Amarante, 2021).

A dimensão sociocultural refere-se à construção de um novo lugar social para a loucura a partir de transformações no imaginário social, as representações acerca da loucura e as relações que são estabelecidas com as pessoas em sofrimento psíquico. Essas mudanças são desafiadoras considerando o saber construído e consolidado pela psiquiatria tradicional, marcado por séculos de exclusão e práticas estigmatizantes em relação às pessoas com transtornos mentais. Busca-se construir novas formas de relação, baseadas na inclusão e no reconhecimento das diversidades e singularidades dos sujeitos. Entre os caminhos possíveis para essas mudanças, menciona-se as ações de caráter coletivo, como a participação social dos

atores envolvidos, estratégias de geração de renda e os dispositivos de arte e cultura (Amarante, 2021).

Assim, as 4 dimensões trazidas por Amarante (2021) estão articuladas e as transformações operadas em uma, incidem na outra e assim por diante. Dessa forma, diversos atores atuaram e continuam atuando para transformar a realidade, buscando a consolidação do modelo de Atenção Psicossocial em substituição ao modelo biomédico.

No campo da saúde mental, a primeira organização coletiva que defendeu alguma mudança na forma do cuidado às pessoas com transtorno mental, articulou-se e ficou conhecida como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), teve início a partir da organização de profissionais, em meados de 1970, os quais denunciavam o cenário de violações e precariedade. No entanto, a princípio, as reivindicações eram restritas a mudanças na assistência psiquiátrica, saúde mental e reforma psiquiátrica não eram conceitos utilizados na época (Amarante e Nunes, 2018).

Amarante e Nunes (2018), apontam que no processo de construção do Movimento ocorreram duas transformações importantes no interior da organização coletiva. Sobre as mudanças, uma diz respeito à constituição enquanto movimento social, na medida em passar a ser construído por outros atores além dos profissionais, como os usuários(os), familiares e ativistas que atuam em prol dos direitos humanos. A outra mudança refere-se ao posicionamento que passou a ser adotado pelo movimento pela extinção das instituições e concepções manicomiais (Amarante e Nunes, 2018).

Uma forma de olhar para as contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a partir das mudanças nos investimentos públicos, que até a década de 1970 estavam concentrados no financiamento de Hospitais Psiquiátricos. A partir da RP, os recursos públicos passaram a ser investidos em outras estratégias de cuidado, como ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Volta Para Casa. Assim, de 80 mil leitos em 1970, passou para 24 mil leitos em Hospitais Psiquiátricos em 2013 (Amarante e Nunes, 2018).

Apesar desses avanços e outros não mencionados, é preciso sempre lembrar que a RP é um processo, portanto, não está acabada. O campo da saúde está em permanente disputa; de um lado, a defesa por uma saúde pública universal, de

qualidade, com equidade e participação social; do outro lado, a saúde enquanto mercadoria.

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial orientam a formação no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública do Paraná, realizada em parceria com a Prefeitura Municipal de Pinhais.

Ao ingressarmos na residência, somos incumbidas da tarefa de olhar para os cenários de prática e identificar no que podemos contribuir, e a partir disso propor e executar uma intervenção que deixem contribuições de nossa passagem enquanto residentes. Dada esta tarefa, a experimentação de ser e estar nos campos nos mobiliza, nos faz refletir sobre como é, como deveria ser, sempre orientadas pela perspectiva antimanicomial.

Neste sentido, ao refletir sobre as trajetórias das pessoas atendidas nos serviços que se caracterizam enquanto cenários de práticas, especialmente, daqueles deslocamentos entre Unidade de Saúde da Família e CAPS - da Atenção Primária ao serviço especializado - encontrei desafios relacionados às rupturas, descontinuidades que acontecem nessas trajetórias, nos processos de entradas e saídas do serviço especializado.

Assim, a questão central que incitou esta intervenção partiu de observações desta pesquisadora e diálogos com profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família Tarumã e do CAPS Regional I, e refere-se às dificuldades na articulação de rede e do trabalho compartilhado entre os referidos serviços no município de Pinhais, entendendo que isto impacta no cuidado integral e longitudinal dos usuários com demandas em saúde mental e que em decorrência de seu sofrimento, estão sendo atendidos ou possuem indicação para o cuidado em CAPS.

As dificuldades mencionadas referem-se às lacunas na comunicação entre as equipes, a ausência de espaços para discussão de casos e a predominância da lógica do encaminhamento em detrimento da corresponsabilização pelo cuidado aos(as) usuários(as).

A RAPS, regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, busca ampliar e fortalecer o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, a partir de uma rede que deve atuar de forma articulada para a integralidade e continuidade do cuidado aos usuários, buscando contrapor práticas fragmentadas e isoladas. É

composta por diferentes componentes e pontos de atenção, com o intuito de articular os diferentes serviços para atendimento integral dos sujeitos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como um dos pontos de atenção da RAPS e é considerada a porta de entrada prioritária para o acesso dos(as) usuários(as) ao Sistema Único de Saúde (SUS), devendo viabilizar esse primeiro acesso às pessoas com diversas demandas em saúde, inclusive as pessoas em sofrimento psíquico. A APS é formada por diversas ações individuais e coletivas, desenvolvida de forma descentralizada e próxima das pessoas. Entre suas funções está a contribuição com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a partir da coordenação do cuidado e ordenação das redes (Ministério da Saúde, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como abordagem prioritária para reorientar o modelo de atenção à saúde, contribuindo para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde. As equipes de saúde da família devem ser compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (Brasil, 2017).

As equipes de saúde da família devem acompanhar as famílias adscritas de seus territórios em todas as suas especificidades. O cuidado deve ser longitudinal e, quando necessário, pode ser compartilhado com outros pontos de atenção da RAPS, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS, por sua vez, é considerado o principal serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e se caracteriza como uma importante estratégia para mudar o modelo de assistência, tendo a tarefa de tecer o cuidado na rede de saúde mental com os diversos atores do território (Yasui, 2010).

O cuidado realizado na RAPS deve priorizar a atenção no território de vida dos sujeitos, orientadas pelos princípios da integralidade, continuidade do cuidado e participação social. E neste sentido, cada ator tem um papel importante no cuidado em saúde mental. Tanto a Atenção Primária, como o CAPS são dispositivos potentes para provocar a reabilitação de territórios, e trabalharem como impulsionadores de vida.

Apesar da atribuição da APS no cuidado em saúde mental, as equipes podem sentir-se, com frequência, desafiadas no atendimento e manejo de situações apresentadas por usuários em relação ao sofrimento emocional/psíquico (Ministério da Saúde, 2013).

Entre os desafios encontrados no cuidado em saúde mental na APS, pode-se mencionar a sobrecarga dos profissionais, a fragilidade da articulação entre APS e outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e assistência voltada principalmente ao fazer biomédico (Delfine e Reis, 2012).

Dessa forma, sendo a Atenção Primária um espaço privilegiado na identificação e cuidado de situações de sofrimento psíquico, é imprescindível que as equipes desenvolvam competências e possam contar com apoio matricial e intersetorial presente no território (Ministério da Saúde, 2013).

Partindo da compreensão de que o CAPS se caracteriza como lugar de passagem temporária e que as equipes devem atuar no sentido de que o cuidado siga acontecendo no território, destaca-se a importância do diálogo entre as equipes do CAPS e da Atenção Primária na transferência de cuidados, pois

a medida que as equipes mantêm a corresponsabilização pelas demandas dos usuários, conhecem suas histórias de vida, contexto e rede social, suas fragilidades, necessidades, assim como suas potencialidades, poderão fornecer suporte integral para o usuário, ultrapassando as questões de saúde (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017, p. 6-7).

Compreende-se a importância de fomentar trabalhos colaborativos entre os atores do território, neste sentido menciona-se a proposta de apoio matricial, estratégia de reorganização do trabalho em saúde, elaborada e experimentada pelo por Campos (1999) desde 1989. Em suas reflexões, destaca a forma como as relações do trabalho em saúde foram sendo construídas a partir de uma lógica organizacional e problematiza as relações verticalizadas e hierárquicas produzidas e reproduzidas nos serviços de saúde, determinadas pelos processos sociais e históricos e atravessadas por tantas outras determinações (Campos, 1999).

Segundo Chiaverini (2011, p.13) “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”.

O apoio matricial vem sendo implementado no Brasil como forma de integrar diferentes saberes, disciplinas e equipes, para o cuidado integral dos(as) usuários(as). Por meio do apoio da equipe matricial é possível que a equipe de referência amplie suas possibilidades de cuidado e resolutividade. Neste modo de

organizar o trabalho, há o compromisso de cogestão e da construção compartilhada do cuidado (Campos, Campos e Treichel, 2019).

Diante disso, esta intervenção foi proposta com o objetivo de contribuir para o processo de construção do cuidado compartilhado dos(as) usuários(as) entre a Unidade de Saúde da Família (USF) Tarumã e o CAPS Regional I. Ressalta-se a relevância desta intervenção, pois mesmo quando os usuários estão sendo atendidos em outro ponto de atenção da RAPS a APS tem como uma de suas funções a responsabilização pela saúde dos usuários. Dessa forma, é fundamental que as equipes que atuam nas unidades de saúde da família permaneçam acompanhando esses usuários, tendo em vista que a integralidade e a longitudinalidade são atributos da APS¹ (Brasil, 2010).

¹ A longitudinalidade diz respeito à relação construída entre usuários e profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde ao longo do tempo. Assim, as equipes de saúde que atuam na APS devem acompanhar os sujeitos e as famílias em todas as fases de vida, o que possibilita a construção de vínculos. Já a integralidade da atenção implica o conhecimento da APS acerca das necessidades de saúde da população, a fim de que os serviços estejam organizados para atender as necessidades comuns dos sujeitos e das famílias e, quando as necessidades extrapolam as possibilidades de resolutividade apenas na APS, atua como ator importante na comunicação com outros pontos de atenção, viabilizando o acesso dos sujeitos e a continuidade do cuidado (Brasil, 2010).

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Discutir possibilidades de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos(as) usuários(as);
- b. Fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes do CAPS Regional I e da USF Tarumã;
- c. Compreender como as(os) profissionais que atuam nesses serviços entendem o cuidado em saúde mental, os desafios e potencialidades na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária e CAPS.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção. O objetivo da intervenção foi contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Buscou-se fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes, bem como, discutir sobre mecanismos de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos usuários.

A pesquisa-intervenção pretende provocar transformações, o conhecimento é produzido no processo de intervenção junto aos grupos e comunidades. Valoriza-se os saberes de todos os envolvidos, e a reflexão sobre as relações de poder na relação entre pesquisadora, instituição e atores envolvidos acontece durante todo o processo de pesquisa. Os sujeitos e objetos de pesquisa não existem separados, se produzem e reproduzem na relação que estabelecem entre si (CHASSOT e SILVA, 2018).

Quanto à abordagem, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa:

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

A pesquisa qualitativa é interpretativa e pode ser reconfigurada na medida em que há aproximação com a realidade pesquisada e a identificação da necessidade de novas abordagens e perguntas sobre o objeto estudado (CRESWELL, 2010).

Dessa forma, optou-se pelo método referido devido a temática deste trabalho, qual seja o cuidado compartilhado, entendendo que por ser uma estratégia também relacional, que demanda construção de vínculos, optou-se por identificar no processo de intervenção as possibilidades de movimento e transformações, a serem construídas com os atores envolvidos.

3.2 LOCAIS PESQUISADOS

A intervenção foi realizada junto a USF Tarumã e CAPS Regional I, em Pinhais. Há dois CAPS no município de Pinhais, que passaram por mudanças e reformulações em agosto de 2023. Antes dessa data, o CAPS tipo II atendia pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e o CAPS AD (Álcool e Drogas) atendia pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No entanto, a partir da referida data, os CAPS passaram por um processo de regionalização e, agora, ambos atendem as duas clínicas, ou seja, pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, foi realizada uma divisão de acordo com os territórios de abrangência das unidades de saúde do município, que são 11. Assim, o CAPS Regional I ficou responsável por atender os territórios de 6 unidades básicas de saúde, entre elas a USF Tarumã, e o CAPS Regional II responsável por atender 5.

Dessa forma, esta pesquisa foi realizada durante o período em que essas mudanças estavam em curso, onde tanto as equipes, como as pessoas atendidas nos CAPS, estavam aprendendo a lidar com o novo cenário, considerando a nova divisão geográfica dos territórios, o que levou a processos de transferência de cuidados dos(as) usuários(as) entre as equipes.

À época da intervenção, estavam inseridas(os) no CAPS Regional I em torno de 280 usuárias(os) para acompanhamento e avaliação. As estratégias de cuidados, envolvem a oferta de grupos terapêuticos, reunião familiar, atendimento individual, visita domiciliar, atendimento familiar, assembleia, matriciamento junto à USF, atendimento a crise e oficinas terapêuticas.

A USF Tarumã² está situada no Bairro Estância Pinhais. No início dos anos 2000 foi cadastrada como Unidade Básica de Saúde e no ano de 2009 ocorreu a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Tem em sua área de abrangência 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 02 escolas municipais e 01 escola estadual. A maior distância que os(as) usuários atendidos percorrem de suas casas até a unidade é de 2 km. Em relação à população que reside na área de

² De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, é denominado de Unidade de Saúde da Família (USF) o estabelecimento de saúde que oferta ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS e conta com pelo menos uma equipe de Saúde Família.

abrangência da unidade e está cadastrada é de 11.375 pessoas. Há duas equipes de saúde da família atuando na USF Tarumã, com o total de 4.265 usuários(as) vinculados às equipes.

Sobre a situação de saúde mental no âmbito da unidade menciona-se as informações extraídas do sistema de informação de saúde do município: identificou-se 754 usuários(as) com transtorno mental cadastrados e acompanhados; em 2021, 946 usuários(as) diferentes retiraram medicações psicotrópicas; há identificado que 27 usuários(as) fazem o uso de álcool e outras drogas.

Todas as informações apresentadas acima foram coletadas junto à coordenadora do serviço e referem-se a levantamento realizado no ano de 2023, sendo que nem todas as informações são do respectivo ano.

O território de abrangência da USF Tarumã se caracteriza pelo fácil acesso aos equipamentos públicos da área de assistência social e esporte, lazer e cultura, como por exemplo, ginásio poliesportivo, escola de dança do município, centro cultural, CREAS, CRAS e Centro de Convivência do Idoso. Além do fácil acesso ao terminal de Pinhais, que dá acesso a outros bairros do município, bem como, municípios do entorno.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo dois públicos principais: (i) 1 usuária atendida no CAPS e que pertence ao território da USF Tarumã. Sendo levantadas informações a respeito dessa usuária por meio de documentos utilizados pelos serviços para acompanhamento, bem como, informações complementares disponibilizadas em sistema de informação próprio da Prefeitura de Pinhais; (ii) os profissionais da USF Tarumã (equipes de saúde da família e coordenação) e os profissionais do CAPS Regional I (assistente social, 2 psicólogas, enfermeira e coordenadora).

A pesquisa envolveu a participação de 26 indivíduos, sendo que nem todos participaram de todas as etapas. Nos encontros, houve a participação de 17 pessoas diferentes. Já em relação ao questionário, foi respondido por 24 participantes. E ainda, houve a participação da usuária, por meio da coleta de seus dados junto ao sistema de informação municipal e documentos secundários utilizados pelo CAPS Regional I.

3.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre agosto e dezembro de 2023, por meio de análise documental, questionário e encontros com os(as) participantes da pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Quanto aos procedimentos para coleta de dados, foi realizada coleta documental, que consiste na coleta de documentos “que podem ser documentos públicos (por exemplo, jornais, atas de reunião, relatórios oficiais) ou documentos privados (por exemplo, registros pessoais e diários, cartas, e-mails)” (Creswell, 2010, p.190), envio de questionário aos profissionais com perguntas abertas e fechadas previamente definidas e os encontros com os(as) profissionais.

Quanto a fonte de dados utilizadas menciona-se: (i) questionário aplicado aos profissionais da USF Tarumã e CAPS Regional I; (ii) encontros coletivos com as equipes dos serviços; (iii) registros pessoais da pesquisadora realizados durante o período da residência; (iv) documentos construídos no âmbito da USF Tarumã e CAPS Regional I, com base no sistema de informação de saúde municipal; (v) site da Prefeitura, indicando os serviços disponíveis no território; (vi) Sistema de informação IDS Saúde (sistema de informação próprio do município); (vii) informações públicas disponibilizadas no Google Maps sobre o serviços públicos no município de Pinhais.

3.5.1 Questionário

A fim de aproximar-se ainda mais da realidade das(os) profissionais que trabalham na USF Tarumã e CAPS Regional I, foi solicitado que os(as) profissionais respondessem ao questionário, contendo 12 questões, como forma de elencar questões para serem debatidas e aprofundadas nos encontros.

O questionário foi disponibilizado aos profissionais por meio da ferramenta Google Forms. Buscou-se compreender como entendem a produção do cuidado em saúde mental no âmbito da RAPS e na rede intersetorial. As questões abordadas buscaram trazer elementos sobre os desafios na articulação entre USF e serviços especializados em saúde mental, com enfoque no CAPS Regional I; ações realizadas para articulação e cuidado compartilhado pelos serviços referidos;

compreensão dos(as) profissionais sobre o processo de transferência de cuidados dos usuários(as); compreensão sobre as potencialidades na articulação entre CAPS Regional I e USF Tarumã.

3.5.2 Dados secundários

Após solicitação da pesquisadora, foi enviado pelo CAPS Regional I levantamento dos(as) usuários(as) atendidos no referido serviço, inseridos e em processo de avaliação, e que pertencem à população adscrita atendida pela Unidade de Saúde da Família Tarumã.

Após a identificação, foi realizado contato com uma das usuárias e apresentada a proposta desta pesquisa, convidando-a para participar e solicitando a autorização para que a pesquisadora pudesse ter acesso às informações em relação ao acompanhamento no CAPS e na USF Tarumã, que pudessem ser compartilhadas com as equipes do CAPS Regional I e USF Tarumã por meio de planilha, com a intenção de fomentar maior integração em relação ao acompanhamento realizado. Após o aceite e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a planilha foi alimentada com as informações da usuária, dando início ao uso da ferramenta.

As informações utilizadas nesta pesquisa já são disponibilizadas tanto ao CAPS quanto à Unidade de Saúde, por meio do sistema compartilhado “IDS SAÚDE”. Dessa forma, não foram necessários outros dados da usuária, além daqueles que já são de uso das equipes nos atendimentos cotidianos.

A princípio, uma das propostas desta intervenção era construir um mapa que auxiliasse no acompanhamento dos(as) usuários(as). No entanto, no decorrer da intervenção, chegou-se à conclusão de que não seria uma ferramenta viável para ser utilizada no cotidiano de trabalho, com atualizações frequentes, devido ao tempo que demandaria para a atualização das informações. Assim, nos encontros realizados, os(as) profissionais indicaram a construção de uma planilha como ferramenta de troca de informações e acompanhamento.

Porém, apesar da definição pela planilha para acompanhamentos aos usuários(as), entendeu-se que a produção do mapa poderia contribuir com o conhecimento da equipe da unidade sobre os serviços do território. Assim, foi

utilizada a ferramenta do Google “My Maps”, que permite a construção de mapas personalizados.

O mapa referido foi compartilhado com a equipe da USF Tarumã e constam os serviços públicos das secretarias de saúde, assistência social, educação e esporte, cultura e lazer. disponíveis no território, as ofertas e formas de acesso, de forma que possa subsidiar na ampliação do conhecimento do território, a fim de ampliar as possibilidades nos planos de cuidado, para além dos serviços de saúde. Para a construção do mapa utilizou-se informações disponibilizadas no site oficial do município, além de dados fornecidos pelos serviços e de mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

Ademais, para construção deste trabalho, utilizou-se de registros pessoais da pesquisadora, realizados a partir de experiências e diálogos vivenciados no âmbito da residência.

3.5.3 Encontros coletivos

Inicialmente, estava previsto a realização de 3 encontros com os profissionais participantes da pesquisa, no entanto, devido às dificuldades em encontrar agendas compatíveis entre os serviços, pode-se realizar apenas 2.

A partir dos encontros coletivos buscou-se criar espaço de diálogo para que as(os) profissionais se conhecessem e trocassem impressões e experiências. Além disso, a partir do que foi pontuado nas respostas ao questionário, foi oportunizado reflexões de forma coletiva, na qual surgiram propostas de intervenção, além de outras questões para além daquelas elencadas.

Assim, foram realizados dois encontros entre os(as) profissionais do CAPS Regional I e USF Tarumã. A participação aconteceu conforme disponibilidade de agendas, o que foi, em especial, um grande desafio, sendo necessário propor muitas datas até encontrar um espaço que coubesse nas duas agendas.

Participaram dos momentos coletivos, médicas da saúde da família, agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem (enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem), psicólogas e assistente social.

No primeiro encontro, buscou-se realizar uma breve contextualização sobre a construção da RAPS enquanto resultado de lutas coletivas e a contribuição da luta antimanicomial para a mudança na atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Finalizou-se a fala, localizando qual o lugar das equipes na RAPS, mencionando as diretrizes que orientam a referida rede, e convidando-os para um exercício a partir de divisões em pequenos grupos e, no segundo momento, foi dada continuidade às discussões no grupo maior.

A ideia de aproximação, envolveu também pensar o espaço físico onde os encontros aconteceram, sendo realizado um encontro coletivo em cada serviço. Ao final do primeiro encontro, foi realizado um “tour” guiado por uma das técnicas do CAPS, nas áreas externa e interna do CAPS, sinalizando-se qual o uso dado à cada espaço.

O segundo encontro aconteceu 10 dias depois, e foi iniciado com uma breve apresentação dos(as) participantes. Na sequência, a pesquisadora retomou sobre o 1º encontro, já que haviam participantes que não estavam nesse primeiro momento. Conforme pactuado previamente, buscou-se retomar os diálogos do primeiro encontro e trazer conteúdo das respostas ao questionário.

Utilizando-se do apoio da apresentação de slides, foram agrupadas as respostas referentes à questão: “Quais estratégias poderiam ser utilizadas para aproximar os serviços (USF Tarumã e CAPS Regional I) e facilitar a comunicação e atuação conjunta?”. As respostas foram agrupadas em cinco categorias, segundo relação que estabeleciam entre si: (i) Discussão de casos; (ii) Atendimentos compartilhados; (iii) Diálogo e aproximação entre as equipes; (iv) Ferramentas de comunicação e compartilhamento de informações.

No processo de reflexão sobre as sugestões trazidas, identificou-se estreita relação com o arranjo de apoio matricial. Dessa forma, a pesquisadora retomou de forma geral sobre a proposta de modelo matricial, as possíveis contribuições para o cuidado compartilhado aos usuários(os), bem como, as ferramentas que podem ser utilizadas neste trabalho. Os apontamentos foram trazidos com base nas produções de Campos (1999; 2012) sobre apoio matricial.

Na sequência, sugeriu-se que a partir da discussão de um caso concreto, fosse pensado como poderia ser pensado um cuidado compartilhado entre os serviços. A escolha baseou-se em um caso que estava latente em ambos os serviços e que inclusive foi trazido de forma espontânea por uma das participantes da pesquisa no primeiro encontro, quando contou sobre o trabalho realizado no referido serviço e as intervenções já realizadas, consideradas, do ponto de vista do serviço onde está inserida, com pouca evolução.

Assim, a pesquisadora realizou estudo prévio do caso, para contribuir com informações. Observou-se que não ter informado os(as) profissionais sobre o caso antes do encontro, para que tivessem tempo de preparar-se para a construção, foi fator limitante. Ocorreu também que o ACS e a médica que acompanhavam mais de perto o cuidado desta usuária, não estavam presentes. A técnica de referência que a acompanha no CAPS, estava, então foi a participante que acabou trazendo mais informações sobre a usuária e os cuidados ofertados até então.

Foi realizado, ainda, um terceiro encontro, somente com as gestoras dos serviços, onde foi apresentada uma síntese dos principais pontos trazidos pelas(os) trabalhadores(as) dos serviços. A partir do referido encontro foi possível firmar as pactuações e pensar numa agenda de trabalho conjunto com início no ano de 2024.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e em Pesquisa do Hospital do Trabalhador sob o parecer nº 6.247.744.

Após a aprovação, foram convidados(as) para participar da pesquisa as(os) profissionais da USF Tarumã e do CAPS Regional I, foi realizada a leitura do TCLE e esclarecidas dúvidas a respeito da pesquisa e do termo, após a concordância dos(das) participantes, procedeu-se assinatura do TCLE em duas vias, sendo entregue uma para cada participante.

Foi realizado contato com a usuária e mediante sua disponibilidade, a pesquisadora foi recebida em sua residência. Realizou-se convite para participação na pesquisa, sendo explicado sobre o objetivo da pesquisa e como se daria sua participação, bem como, quais informações seriam utilizadas pela pesquisadora. Foi realizada a leitura do TCLE e esclarecido sobre dúvidas a respeito do estudo. Mediante concordância com a pesquisa, foi assinado o TCLE em duas vias e uma foi entregue à usuária.

De forma a minimizar os riscos de quebra do sigilo e perda de anonimato, tanto na apresentação realizada aos profissionais sobre as informações coletadas por meio de questionário, como na construção deste trabalho, foi realizada de forma a não expor os(as) participantes, utilizando-se de codificação alfanumérica quando se utilizou de fragmentos de falas ou de informações escritas. Assim, também será procedido no processo de publicação futura dos trabalhos.

Ademais, como forma de proteger os dados dos usuários, o compartilhamento das informações por meio de planilha foi realizado apenas por meio de contas de e-mail institucional dos(as) profissionais participantes da pesquisa.

3.6 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em relação ao questionário, foi extraída planilha do Google com as respostas e análise das respostas foi pautada na técnica de análise de conteúdo. E em relação aos encontros coletivos, utilizou-se fragmentos de falas das(os) participantes registradas pela pesquisadora. A análise foi realizada seguindo o referencial teórico de Bardin (1979), que indica que o processo envolve 3 fases: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados.

A Pré-análise é a fase em que o(a) pesquisador(a) se aproxima do conteúdo que será analisado e sistematiza as ideias preliminares, tem por objetivos, “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (Bardin, 1979, p. 95).

Na fase seguinte, realizou-se a Exploração do Material, momento em que se definem as categorias de análise, “consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 1979, p. 101).

Por fim, a última fase da análise de conteúdo consiste na análise crítica do material, onde buscou-se compreender os significados dos conteúdos: “os resultados brutos são tratados de maneiras a serem significados (<falantes>) e válidos” (Bardin, 1979, p. 101). Dessa forma, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (Bardin, 1979, p. 101).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, o objetivo desta intervenção foi contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Buscou-se discutir possibilidades de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos usuários; fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes do CAPS Regional I e da USF Tarumã; e compreender como as(os) profissionais que atuam nesses serviços entendem o cuidado em saúde mental, os desafios e potencialidades na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária e CAPS.

Dessa forma, a proposta, desde o início, priorizou a escuta e construção coletiva a partir do que os(as) profissionais trouxeram enquanto pontos principais nas respostas ao questionário e nos diálogos e reflexões nos encontros coletivos. Utilizou-se ainda de análise de informações coletadas junto às equipes, bem como, registros pessoais da pesquisadora referente às experiências e diálogos vivenciados no âmbito da residência.

4.1 QUESTIONÁRIO

O questionário teve como objetivo compreender as percepções das equipes em relação ao cuidado em saúde mental, além de aspectos relacionados à articulação entre USF Tarumã e CAPS Regional I. Serão apresentadas a seguir as respostas ao questionário, dos 4 profissionais do CAPS Regional I e 20 profissionais que atuam na USF Tarumã.

Em relação ao perfil das(os) participantes, sobre o cargo/função desempenhada nos serviços que atuam, identificou-se assistente social, agente comunitário de saúde, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dentista, agente de endemias, médica da família, coordenadora, técnica e auxiliar de saúde bucal. Quanto ao tempo de trabalho na função atual, dos profissionais da USF Tarumã a média é de 9 anos, e os(as) profissionais do CAPS, 2 anos.

Sobre as concepções em relação ao cuidado em saúde mental, observou-se a coexistência de discursos voltados tanto ao paradigma asilar, quanto ao paradigma

psicossocial. Ressalta-se que a partir da pergunta sobre os serviços importantes para o cuidado em saúde mental, foi identificada prevalência de respostas que consideraram além da saúde, também a rede intersetorial de políticas públicas, sendo mencionados serviços das secretarias de assistência social, cultural, esporte e lazer e educação, os dois últimos em menor presença.

Em relação a compreensão sobre quando o(a) usuário(a) não necessita mais do acompanhamento pela equipe do CAPS, identificou-se que, em geral, as(os) profissionais entendem como o momento em que a continuidade do cuidado será realizada no âmbito da APS. Observou-se o entendimento mais restrito aos serviços de saúde, sem levar em conta a rede intersetorial mais ampla. Ainda, identificou-se concepções que indicam o cuidado em saúde relacionado ao ajustamento e normatização de corpos.

Em relação ao conhecimento dos participantes sobre as ações/estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pela Unidade de Saúde da Família Tarumã, pode-se perceber que parte significativa dos(as) participantes indicaram não ter conhecimento sobre as práticas em saúde mental realizadas no âmbito da USF Tarumã. Sobre este aspecto, os que sinalizaram ter conhecimento, indicaram ações individuais e coletivas.

Identificou-se a baixa comunicação e articulação entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, restrição de espaços coletivos para diálogo e construção conjunta de alternativas, condicionados a contatos pontuais, em geral, por meio de profissionais médicos(as). Percebeu-se que as lacunas em relação à articulação entre USF Tarumã e CAPS Regional I é percebida como um dos fatores que dificultam a continuidade do cuidado do/da usuário(a) que já não está sendo acompanhado pela equipe do CAPS, evidenciado pelo desconhecimento da equipe da USF sobre os usuários que estão em acompanhamento no CAPS.

Sobre as ações de articulação entre os serviços, identificou-se instrumentos do apoio matricial já utilizados pelas equipes, no entanto, ressaltou-se que as atuações conjuntas têm característica pontual, sendo verificado que 8 participantes responderam não ter conhecimento sobre ações nesse sentido.

Quanto aos aspectos facilitadores da articulação, foi mencionado os canais de comunicação, como o whatsapp e chat do google, o sistema informatizado do município e a técnica de referência em saúde mental da USF Tarumã.

Identificou-se que a sobrecarga de trabalho das equipes, as lacunas de comunicação entre os serviços e a ausência de espaços para construções coletivas, são fatores desafiadores para a articulação entre os serviços.

De forma a intervir nesses desafios, os(as) profissionais realizaram propostas em relação à construção de ferramentas para troca de informações sobre o cuidado ofertado aos(às) usuários(as) e a situação de atendimento no CAPS, espaços de discussão de casos e de atuações conjuntas, bem como, que sejam reservados espaços nas agendas para ações de articulação, além da promoção de espaços de trocas com o objetivo de favorecer a criação de vínculos entre as equipes.

4.2 ENCONTROS COLETIVOS

A partir do conteúdo das respostas ao questionário, foram organizados os dois encontros coletivos que se seguiram, com o objetivo de refletir sobre as sugestões pontuadas e construir de forma coletiva possibilidades de aproximação entre os serviços. No primeiro encontro participaram 6 profissionais da USF (3 ACS, 1 médica da família, 1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem) e 3 profissionais do CAPS (2 psicólogas e 1 enfermeira).

Na ocasião, os(as) profissionais puderam conhecer-se, além de compartilhar informações sobre os fluxos dos serviços, bem como, os desafios vivenciados no cotidiano de trabalho das equipes.

Nos discursos das(os) profissionais, identificou-se o uso do termo “alta” pelos(as) profissionais de ambos os serviços ao referir-se a todo processo onde as pessoas não serão mais acompanhadas pelo CAPS, sendo identificados os seguintes usos do termo: alta por abandono; alta do processo de avaliação; alta a pedido e alta melhorada. Ressalta-se a importância de aprofundar as discussões entre as equipes a respeito do entendimento e da prática de “alta”, principalmente no que se refere à “alta por abandono”.

No segundo encontro, a pesquisadora retomou brevemente sobre o que foi realizado no primeiro encontro e na sequência realizou a apresentação das sugestões que as(os) profissionais fizeram tanto por meio do questionário como durante o primeiro encontro, para melhorar a articulação entre os serviços.

Participaram do segundo encontro 4 profissionais do CAPS Regional I (assistente social, psicóloga, enfermeira e a coordenadora do serviço) e 6

profissionais da USF (3 ACS, médica da família, auxiliar de enfermagem e enfermeira). Ressalta-se que apenas uma das profissionais da USF que participou do primeiro encontro, participou também do segundo.

A partir dos encontros, identificou-se fragilidades na comunicação e em ações de articulação entre os serviços. Menciona-se que a maioria dos(as) profissionais não se conheciam entre si. Foi observado também muitas dúvidas em relação aos fluxos e atividades, além de postura defensiva por parte dos profissionais, de ambos os serviços.

Emergiram nos encontros discussões sobre o uso de psicofármacos, sendo pontuados de forma consensual pelas equipes, a compreensão de que o cuidado vai além do uso de medicação, destacando-se ainda outras dimensões de maior relevância no processo de cuidado.

Destaca-se que há no município sistema informatizado de saúde, no qual são registrados os atendimentos e encaminhamentos realizados na RAS. No entanto, identificou-se que da forma como está organizado atualmente, não apresenta um campo destinado a identificar quais sujeitos estão em acompanhamento no CAPS, por exemplo, qual a situação do atendimento, além de informações sobre a rede de apoio e a vinculação a outros serviços da rede intersetorial.

No terceiro encontro, realizado somente com as gestoras dos serviços, identificou-se que as fragilidades na articulação de rede extrapolam a relação entre USF Tarumã e CAPS Regional I e se apresentam também em relação a outros serviços de saúde. Verificou-se ainda, que quando há abertura para diálogo e reconhecimento das fragilidades, emergem possibilidades de construções coletivas e transformações.

Das discussões coletivas emergiram duas propostas: a criação de planilha para acompanhamento dos(as) usuários(as) e a participação da equipe da USF na construção do PTS dos usuários de seu território e que estão em acompanhamento no CAPS.

Em relação aos desdobramentos desta intervenção, além da planilha mencionada, houve a definição de agenda fixa de encontros mensais entre as equipes para discussão de casos, com início em janeiro de 2024. E foi combinado que a equipe da USF participará da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares dos(as) usuários(as) em acompanhamento no CAPS.

A partir dos encontros coletivos, realizados no âmbito desta intervenção, foi possível que as equipes se conhecessem, além de conhecer os serviços, do ponto de vista do espaço físico, das ofertas e dos fluxos de atendimento. Além disso, considera-se que esta intervenção contribuiu para reafirmar a atribuição da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, trazendo os Agentes Comunitários de Saúde como atores importantes nesse processo, além de provocar reflexões sobre a corresponsabilização pelo cuidado e favorecer oportunidades de trocas e diálogos entre as equipes envolvidas na pesquisa.

4.3 DADOS SECUNDÁRIOS

A partir da análise da planilha construída pelos(as) profissionais com informações a respeito do cuidado dos usuários no CAPS Regional I e na USF Tarumã, verificou-se que o uso de psicofármacos está presente de forma predominante na construção do cuidado aos usuários no âmbito do CAPS Regional I.

A partir da construção do mapa com os serviços do município, identificou-se que a área de abrangência da USF Tarumã possui mais ofertas de equipamentos públicos em comparação às outras áreas do município.

E em relação aos resultados obtidos a partir dos registros da pesquisadora, referente aos diálogos e atuações conjuntas com os ACS, durante o tempo em que esteve enquanto residente na USF Tarumã, identificou-se potencialidades da atuação dos ACS no fortalecimento de vínculos junto aos sujeitos e famílias atendidas.

Além disso, também a partir dos diálogos tecidos com os ACS, observou-se que quando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estava em funcionamento no município, as ações em saúde mental na APS, no âmbito da USF Tarumã, eram mais ampliadas e diversificadas, com envolvimento de diversas categorias profissionais e ações coletivas que teceram vínculos para além da proposta inicial do grupo, como o caso em que as participantes de um grupo de psicologia, conforme nomeado pelos ACS, criaram uma cooperativa de costura.

A partir da análise dos resultados, definiu-se pela construção da discussão a partir de quatro categorias principais: Concepções sobre o cuidado em saúde

mental: modo asilar e psicossocial em disputa; Transferência e compartilhamento do cuidado; As práticas em saúde mental na USF Tarumã; Agentes Comunitários de Saúde e os vínculos tecidos no território; e Trabalho em rede: desafios, potencialidades e possibilidades na construção do cuidado compartilhado.

CATEGORIA 1 - Concepções sobre o cuidado em saúde mental: modo asilar e modo psicossocial em disputa

Costa-Rosa (2000) refere que atualmente há dois paradigmas das práticas em saúde mental, o asilar e o psicossocial, que se diferenciam do ponto de vista dos saberes, práticas e discursos que os constituem e orientam.

O paradigma psicossocial surge em oposição ao modo asilar e encontra nas instituições o palco de luta, onde os tensionamentos se evidenciam nas práticas e nos discursos.

Nesta intervenção identificou-se a coexistência de discursos e práticas alinhados tanto ao modo asilar, como ao modo psicossocial. Dessa forma, buscou-se evidenciar as concepções em disputa a partir da compreensão que os(as) trabalhadores(as) têm sobre os sentidos e significados do cuidado em saúde mental.

Em relação às concepções das equipes sobre o cuidado em saúde mental, observou-se maior presença de respostas relacionadas à uma concepção individual e restrita do cuidado em saúde mental, sem levar em conta o contexto mais ampliado onde os sujeitos estão inseridos, a rede intersetorial e as possibilidades de ocupar e transformar a cidade, como processos que também são produtores de saúde: “Cuidado com a mente, psicológico” (P9); “Cuidar de nossas emoções e transtornos” (P11); “É a junção dos atendimentos em Psicologia e Psiquiatria” (P6).

O modo asilar tem como características as intervenções centradas no indivíduo, desconsiderando a família, a rede de apoio e contexto social mais amplo onde os sujeitos estão inseridos. A instituição de prevalência de suas práticas é o hospital psiquiátrico (Costa-Rosa, 2000).

O modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento, construiu um sistema voltado predominante ao hospital, com suas intervenções direcionadas no sentido de busca da cura de doenças ao invés de cuidar de sujeitos. Assim, neste modelo, as práticas são fragmentadas e a tendência é uma alta especialização, onde os especialistas enxergam os sujeitos também em partes (Amarante, 2007).

Neste sentido, é importante considerar que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, o modelo biomédico ainda acaba sendo orientador das formações profissionais, expressando-se em práticas cerceadoras da autonomia e medicalizadoras³. Assim, são muitos os desafios encontrados no cotidiano das equipes de saúde para que as mudanças no sentido da Atenção Psicossocial possam ser realizadas:

É no plano do cotidiano que as apostas nos processos de mudança encontram seus desafios a serem enfrentados: na rotina de trabalho na unidade de saúde que impõe um ritmo que não permite espaços na agenda para reuniões; nas reuniões que são tomadas por pautas burocráticas e a reflexão sobre o cuidado não aparece como prioritária [...] (Amarante, Luzio, Yasui, 2018, p.178).

No entanto, apesar da forte presença de discursos mais voltados ao paradigma asilar e de reconhecer os diversos obstáculos encontrados no cotidiano de trabalho das equipes para a mudança de paradigma, identificou-se percepções que sinalizam uma aproximação em relação ao modo psicossocial: “Promoção da Saúde, considerando os determinantes sociais de saúde e doença em todas as suas vertentes” (P1); “É o cuidado em um todo que envolve a família e o sus” (P4); “Acolhida ao sofrimento individual, suporte familiar que na maioria das vezes desconhece sobre a doença, quebra de preconceitos e suporte a reinserção das atividades de vida” (P20) e

Oferta de cuidados, baseados num plano terapêutico individualizado. Com prescrição de psicofármacos concomitantes intervenções de equipe multiprofissional, participação em grupos e ou oficinas terapêuticas e atendimentos em grupo ou individualizados. Com um técnico de referência como facilitador do processo Inter e intrainstitucionalmente. Considerando o indivíduo inserido numa família, comunidade e atividades laboral formal ou informal (P16).

O modo psicossocial considera enquanto determinantes os fatores políticos e biopsicossocioculturais e compreende o sujeito enquanto ator fundamental na construção de seu cuidado. A participação dos sujeitos ganha destaque, tanto no

³ Amarante (2007) faz a distinção entre medicalização e medicamentação. Pontua que a medicalização se refere à apropriação pela medicina de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, ou seja, daquilo que é de ordem social, econômica ou política, fazendo com as pessoas entendam os problemas que são da vida humana como problemas de saúde. Aponta que a medicamentação refere-se ao uso de medicações para intervir em situações entendidas como patológicas.

que diz respeito ao processo terapêutico, quanto aos processos decisórios das instituições (Costa-Rosa, 2000).

Assim, o objeto deixa de ser a doença, a compreensão sobre o sofrimento amplia-se para além de uma análise neuroquímica. Se considera toda a complexidade do que é ser humano, em suas relações sociais, políticas, econômicas, culturais. Abre-se também as fronteiras dos saberes, entendendo que tamanha complexidade prescinde dessa abertura dialógica (Amarante, Luzio, Yasui, 2018).

Assim como Amarante (2007) aponta, a Atenção Psicossocial é processo, está em permanente transformação e envolve diferentes atores que trazem diferentes concepções, que ora conflitam, ora convergem.

Outro aspecto que cabe ser ressaltado é em relação aos discursos das(os) trabalhadoras(es) sobre o uso de psicofármacos, conforme os fragmentos a seguir, em que a participante estava falando sobre sua percepção em relação ao objetivo do trabalho desenvolvido no CAPS e o uso de medicação:

Foco é a reabilitação psicossocial [...] medicação é uma ferramenta para você tolerar, para administrar os efeitos fisiológicos do seu sofrimento [...] a expectativa que eles, por exemplo, são de cura, e a gente fala, veja, é reabilitação (P24).

Outro fragmento também traz elementos sobre a forma como as(os) profissionais percebem a expectativa dos(as) usuários(os) em relação ao uso de medicação e o olhar da profissional sobre os elementos que considera importantes no cuidado em saúde mental:

O paciente vem pra saúde, ele quer um remédio pra viver [...] espera que a gente dê uma solução numa pílula [...] pra gente desconstruir isso, pra entender que o atendimento em saúde mental, uma parcela é medicamento [...] às vezes mais importante é a gente precisa saber qual é a rede de suporte, precisa trazer a família como aliada (P21).

O modo psicossocial tem como uma de suas características, a articulação de dispositivos diversos e territorializados, como o CAPS, dispositivos de arte e cultura e geração de trabalho e renda, considerando outras estratégias, além da medicação. Considera a família e a rede de apoio como atores importantes do processo.

Apesar de pontuarem o uso da medicação como apenas uma parte do cuidado, o uso de psicofármacos está presente de forma predominante na

construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Menciona-se que à época da intervenção, identificou-se 20 pessoas que estavam em acompanhamento no CAPS e que tinham enquanto unidade de saúde de referência a USF Tarumã. Foi possível identificar que dessas pessoas, 10 haviam passado pelo momento de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sendo identificado que na construção do PTS de 8 usuários(as), o uso correto da medicação conforme prescrição médica foi elencado como o primeiro combinado.

Uma das características do modo asilar é ser voltado ao aspecto curativo, em que o enfoque está nas causas orgânicas e, assim, tem-se o uso de medicações como principal meio de intervenção. Neste modo, o sujeito é visto como doente e objeto de intervenção, não há o reconhecimento dos sujeitos enquanto participantes nos processos de construção de seu cuidado. Tem como características relações verticais e o poder altamente centralizado, em que os sujeitos são aliados dos processos decisórios (Costa-Rosa, 2000).

Não se trata de opor-se ao uso de psicofármacos em toda e qualquer situação, mas de refletir sobre como se estabelece essa dinâmica prescritor-usuário. É fundamental que, nas situações em que se entenda que a prescrição de psicofármacos fará parte do cuidado, seja construído junto ao sujeito a partir dos conhecimentos que ele próprio possui em relação ao seu próprio corpo, bem como suas percepções em relação aos impactos do uso da medicação em sua vida, sendo o momento de construção do PTS e as avaliações em relação ao projeto construído, espaços para sejam realizadas essas reflexões (Gama e Onocko, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 40): “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas”.

Destaca-se que não há como conceber a construção de um projeto terapêutico singular sem a participação dos sujeitos aos quais lhe dizem respeito, sendo também a rede de suporte ator importante nesse processo de construção.

CATEGORIA 2 - Transferência e compartilhamento do cuidado

Tanto no CAPS quanto na USF fala-se em “alta” para referir-se às pessoas que estiveram de passagem pelo CAPS, e que não estão mais sendo atendidas pela

equipe do referido serviço. Refiro-me à passagem, pois identificou-se diferentes “modalidades de alta”. Explico melhor a seguir.

No primeiro encontro com as equipes, ao ser sugerida a construção de planilha que auxiliasse no acompanhamento aos(às) usuários(as), foi indicado que na coluna destinada às informações sobre a situação de acompanhamento do sujeito no CAPS, fosse especificado as formas de “alta”, a saber: alta por abandono, alta melhorada, alta do processo de avaliação e alta a pedido.

Observou-se diferentes concepções acerca do significado de “alta” do CAPS. Assim, percebeu-se a concepção de “alta” mais vinculada a um processo de transferência de cuidados para a continuidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária, mas ainda restrita à continuidade na unidade de saúde, sem levar em conta aspectos que se referem ao contexto mais amplo, de fortalecimento da autonomia e cidadania, que extrapola os serviços de saúde: “Significa que o atendimento e seguimento daquele paciente passa a ser principalmente pela UBS” (P15); “Para nós da Unidade de Saúde temos um cuidado a mais com esse usuário que está de alta do CAPS. Acompanhamento direto com esse paciente para que não ocorra uma recaída” (P5); “Estar liberado do CAPS, mas continuar o acompanhamento na unidade” (P9); “Que não apresente quadro de saúde mental com gravidade que necessite de tratamento intensivo. Com acompanhamento pela USF resposta suficiente para o atual quadro” (P16).

Para Guedes, Olschowsky e Antonacci (2017) o uso do termo “alta” nos serviços de saúde mental está intimamente ligado à ideia de cura, os autores tecem críticas ao uso do termo. Assim, no cuidado em saúde mental, a transferência de cuidados é uma nova forma de olhar para esse processo, onde busca-se o cuidado longitudinal, que envolve o trabalho em rede e a corresponsabilização das equipes em relação ao cuidado dos usuários. Este processo vai além dos serviços de saúde, busca-se criar possibilidades para que os sujeitos construam suas trajetórias no território, a partir de seus desejos e do que faz sentido para cada um.

Ainda, foi mencionado que além do seguimento do cuidado na Atenção Primária, há o entendimento de que em alguns casos, há também necessidade de acompanhamento ambulatorial: “Que o acompanhamento do agravo de saúde mental deverá continuar sendo realizado na Unidade de Saúde da Família, se necessário com o suporte do ambulatório especializado” (P1); “Significa que necessita prosseguir seu acompanhamento em saúde mental via ESF, e se

necessário, dali ser encaminhada ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico ambulatorial” (P8); “Passar a ter o seguimento pelo ambulatório de psiquiatria e USF” (P21).

Ainda, foi possível identificar concepções que não indicam a continuidade do cuidado, entendendo a saída do CAPS como fim em si próprio: “Quando já não necessita do acompanhamento das atividades do CAPS” (P12); “Parar de fazer acompanhamento regularmente no caps” (P22).

É importante destacar que o CAPS possui um papel fundamental. É um serviço estratégico, que deve ser um lugar de passagem, de suporte nos momentos de crise, impulsionando os sujeitos para a vida no território, para retomada das atividades cotidianas, para construção de novas possibilidades de vida (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017).

Durante as discussões coletivas apareceram outras situações referentes ao uso do termo “alta” para indicar toda a saída (sendo que nem sempre houve entrada) do CAPS: nos casos em que o sujeito que está em atendimento informa que não irá continuar seu acompanhamento no CAPS; nas situações onde há a descontinuidade do acompanhamento, com faltas aos atendimentos; e também nos casos em que se define pela continuidade do cuidado junto à USF.

A discussão em relação à “alta por abandono” esteve presente nos encontros coletivos, levando à reflexão sobre a não adesão dos(as) usuários(as) em relação ao acompanhamento no CAPS. Foi pontuado por profissional do CAPS que a participação em oficinas terapêuticas realizadas no CAPS faz parte dos combinados realizados com os(as) usuários(as), logo, não participar das oficinas caracteriza a não adesão. Dessa forma, foi pontuado por profissional da USF sobre os desafios encontrados na Atenção Primária para cuidado nessas situações:

o mesmo paciente que não adere lá, ele cai pra gente também não aderindo [...] acho que às vezes a gente tem que flexibilizar, não no sentido de só prescrever, a gente tem ver com o paciente o que ele consegue fazer, pra gente fazer aos poucos um pouco mais [...] se ele faltar duas intervenções e ele for retirado da intervenção por conta de não ter assiduidade, ele vai continuar sendo um paciente grave [...] se ele é grave e não é assíduo nas oficinas, ele não vai deixar de ser grave, e a gente também não vai resolver o caso dele só na intervenção na unidade (P21).

Assim, entende-se que a fala da profissional foi no sentido de sinalizar a importância da flexibilização na construção do cuidado em relação à pensar com

os(as) usuários(as) aquilo que é possível em cada momento. Sobre a flexibilização, as profissionais do CAPS indicaram:

a gente flexibiliza, um exemplo, o paciente começou a trabalhar, a gente ainda o acompanha por 2 ou 3 meses [...] então ele não vai pras oficinas, a gente faz o acompanhamento só por telefone e consulta, até ele se adaptar ao novo emprego [...]. Nos casos também em que só é acompanhado por visita domiciliar, eles não aderem [...] mas a gente sabe que precisa acompanhar [...] tem um que recebeu alta e está na unidade, mas a gente acompanhou três anos até estabilizar (P23).

aqueles que têm critério de risco e estratificação não dá alta, a gente mantém no acompanhamento, mantém na avaliação antes de encaminhar pro ambulatório [...] quando a gente já faz esse acompanhamento, esse retorno pra unidade porque o paciente não vinculou é porque a gente já fez todas as tentativas dele vincular no CAPS (P24).

Cabe destacar sobre a importância da construção conjunta e corresponsabilização pelo cuidado das pessoas entre CAPS e USF, mesmo quando não há adesão ao acompanhamento no CAPS, encontrando estratégias de cuidado que façam sentido para o sujeito naquele momento. Nesse sentido, a participante P21 sugeriu que seja realizado matriciamento nos casos em que o(a) usuário(a) descontinua o acompanhamento em CAPS, como forma de não deixar a pessoa desassistida e evitando um agravamento no sofrimento psíquico.

Para compreender o que está relacionado ao processo de não adesão, conforme nomeado pelas(os) trabalhadoras(es), é necessário um olhar mais apurado para a rede de cuidado em saúde mental, no que diz respeito a como se dá sua articulação, e compreender os acessos e não-acessos a partir da escuta dos(as) usuários(as), levando em conta as diferentes possibilidades de construção de suas trajetórias no cuidado em saúde mental que, muitas vezes, não operam segundo os fluxos e procedimentos já instituídos e que extrapolam os serviços da RAPS (Lopes et al., 2022).

A ideia de “alta” vinculada a ideia de cura, ajustamento, normatização, apareceu de forma bastante significativa, revelando a compreensão por parte de alguns profissionais a respeito do cuidado em CAPS e do cuidado em saúde mental, de forma geral: Que o paciente está bem e que o tratamento foi concluído com êxito (P6); Significa que ele está apto ao convívio com a sociedade (P7); Significa que está controlado suas ações, sua saúde mental. (P13); “Estar apto para com suas ações na comunidade” (P14); “está apto para sua vida normal” (P18); “Q está bom”

(P19); “Apto a retomar suas atividades do dia a dia normalmente mais sempre com o acompanhamento da unidade de saúde (P11).

Isso também revela, em parte, como as pessoas em sofrimento psíquico são vistas. Gama e Onocko (2010) nos chamam para refletir sobre a concepção de ser humano que os(as) trabalhadores(as) possuem e o quanto isto é determinante para que as relações produzam (ou não produzam) saúde.

É preciso olhar para as pessoas enquanto sujeitos, com potencialidades de produção de vida e autonomia. Nesta concepção, a responsabilização não significa culpabilização, significa compreender a potencialidade do trabalho conjunto, onde o sujeito é protagonista dos seus processos de produção de vida e as(os) trabalhadoras(es) trabalham no sentido de fortalecer e contribuir com esses projetos (Gama e Onocko, 2010).

Assim, não basta apenas o deslocamento espacial da atenção, pois inclusive nos serviços substitutivos podem ser realizadas práticas que fazem a manutenção do modelo manicomial. Assim, há um constante disputas entre perspectivas emancipatórias, com práticas voltadas à construção da autonomia, e práticas autoritárias de normatização da vida, corpos e territórios (Lima e Yasui, 2014).

No sentido de intervenções que podem contribuir para as mudanças nos processos de trabalho, menciona-se o 1º Seminário Intersetorial de Saúde Mental em Pinhais: Práticas e Saberes no território, realizado em Pinhais em novembro de 2023. O evento possibilitou importantes reflexões sobre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a importância da articulação intersetorial para o cuidado em saúde mental.

Uma das mesas, composta por usuários(as) e trabalhadores(as) dos serviços de saúde mental e assistência social, em que compartilharam sobre suas experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços e entre as reflexões realizadas, mencionou-se sobre o uso do termo alta e o processo de transferência de cuidados. As falas trazem elementos importantes para compreender um pouco mais sobre os desafios e possibilidades das entradas e saídas do CAPS:

A gente tá num processo de reflexão por parte das equipes de saúde mental em não usar esse nome alta mais, nós vamos chamar de desligamento, né, e a volta de acolhimento [...] podia ser liga e desliga, né [...] tá ligado que você não tá muito bem, volta, ah, desligou isso, desliga. O desliga que a gente fala é um desligamento mesmo, tá. [...] Como que é trabalhado alta e esses critérios aqui, né, bom, eu não vou ter nenhum critério fixo pra

apresentar pra vocês aqui porque a gente não tem, tá. Onde que a gente formula esses critérios, a gente fórmula junto com a pessoa que tá junto com a gente lá, né, que traz seu sofrimento [...] a construção do Projeto Terapêutico Singular ela engloba tudo isso e permite com que a gente, assim, converse com a pessoa de como seria então, né, encerrar esse período que ela teve junto no CAPS, né (Wentzel, 2023).

Me parece que na grande maioria das vezes, a dificuldade de se desligar do CAPS, é se desligar de um lugar, um espaço em que eles se sintam acolhidos, ouvidos, que eles se sintam novamente pessoas. E as vezes o nosso trabalho pra esse processo de desligamento é que eles também possam se sentir assim no seu território, né, mais próximo do seu dia a dia, do seu cotidiano [...] não é no momento do desligamento que a gente vai trabalhar isso, né, é todo processo de cuidado, então a todo instante a gente tá trabalhando isso (Fagundes, 2023).

As reflexões trazidas nas falas evidenciam um processo de transferência de cuidados construído junto aos(às) usuários(as), a partir do que desejam e do tempo de cada um/uma. Contribui para a reflexão sobre os desafios encontrados nesse processo na medida em que os sujeitos encontram no CAPS um lugar de pertencimento. Percebe-se que o cuidado é para que esse sentimento de pertença não se restrinja ao CAPS e que possa ser encontrado no território de forma mais ampla, reafirmando assim o CAPS como lugar de passagem e impulsionador para fora, para a vida.

CATEGORIA 3 - As práticas em saúde mental na USF Tarumã

A APS tem como atributos o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a abordagem familiar e a orientação comunitária (Brasil, 2010).

Assim, enquanto porta de entrada do SUS, recebe diariamente uma demanda significativa relacionada ao sofrimento psíquico. E são muitos e diversos os desafios relacionados ao cuidado em saúde mental na APS, menciona-se as condições precárias de trabalho dos(as) trabalhadores(as) da saúde, práticas discriminatórias e de exclusão, falta de preparo técnico dos(as) trabalhadores(as), entre outras. O reflexo disso, são práticas atreladas ao modelo biomédico, medicalizantes e produtoras de sujeição, conduzidas a partir de uma lógica de encaminhamento (Gama e Onocko, 2010).

Sobre o cuidado em saúde mental na unidade de saúde da família, a partir do olhar das(os) trabalhadoras(es) identificou-se por meio dos encontros e das

respostas ao questionário tanto as atividades individuais, como as coletivas. Em relação às atividades individuais, mais especificamente os atendimentos voltados ao sujeito e família/rede de apoio, identificou-se o acolhimento, consulta médica e de enfermagem, dispensação de medicação, consulta compartilhada com psiquiatra, acionamento da rede de apoio, busca ativa, visitas domiciliares e encaminhamentos aos serviços especializados e de urgência e emergência.

Em relação às atividades coletivas, identificou-se o grupo de atividade física, grupo de gestantes, grupo hiperdia⁴, grupo de tabagismo, ações de promoção de saúde e prevenção na rede municipal e estadual de ensino.

Há uma diversidade de possibilidades de realizar-se práticas grupais no âmbito da Atenção Primária, podendo ser grupos terapêuticos, oficinas de geração de renda ou grupos abertos de acolhimento, por exemplo. Os grupos podem ser realizados por profissionais de diferentes categorias, de acordo com os objetivos do grupo. Esses espaços coletivos apresentam possibilidade de trocas de saberes e construções conjuntas, com contribuições para o cuidado em saúde mental dos sujeitos a partir do sentimento de pertencimento ao grupo (Gama e Onocko, 2010).

Ressalta-se predominância de respostas que indicaram os atendimentos individuais em relação aos coletivos. E que 7 participantes disseram não ter conhecimento sobre as ações de cuidado em saúde mental realizadas pela USF Tarumã. Assim, aponta-se a necessidade de ampliar a discussão sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, refletindo-se sobre as possibilidades de cuidado com os recursos que a USF já possui e buscando formas de ampliar as intervenções.

Importante destacar a narrativa de um membro da equipe da USF Tarumã, ao dizer, ainda no primeiro encontro, que a aproximação com o CAPS poderia auxiliar a equipe de saúde da família a ampliar o olhar em relação ao cuidado aos usuários, buscando romper, dessa forma, com o paradigma asilar.

Sem dúvida, a referida aproximação tem essa grande possibilidade. No entanto, defende-se nesta pesquisa que as equipes de saúde da família também

⁴ O grupo denominado Hiperdia é voltado para pessoas com hipertensão e/ou diabetes. As temáticas abordadas no grupo são diversas, com condução por diferentes profissionais, inclusive de outros serviços do município que são convidados a participar do grupo. As pessoas que constroem o grupo são, em geral, pessoas idosas e que se conhecem mutuamente há muitos anos. Se caracteriza como espaço de encontro, socialização, troca de saberes e experiência, com temáticas que envolvem saúde mental, alimentação saudável, troca de informações sobre serviços do município, entre outras.

podem contribuir para ampliar o olhar da equipe do CAPS, já que caminha - literalmente - todos os dias pelo território.

O modelo biomédico, centrado na doença, ocupa-se com o “curar”, deixando de lado a promoção e prevenção à saúde. Os princípios do Sistema Único de Saúde, que orientam as práticas de cuidados, expressam mudanças nas práticas assistenciais, onde a Estratégia de Saúde da Família ganha fundamental importância, destacando-se as contribuições a partir da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Amarante, Luzio, Yasui, 2018).

Menciona-se o NASF enquanto um dos arranjos que tem potencial de ampliar o escopo e resolutividade da APS. Em diversos momentos de diálogo junto aos(as) ACS, apontaram sobre as diversas estratégias de cuidado quando se tinha NASF no município, em especial, atividades coletivas. Numa dessas conversas na “sala dos ACS” compartilharam que o NASF apoiava as equipes de saúde da família na realização de grupos, citando os grupos que eram realizados, conforme iam lembrando: meditação, psicologia, nutrição, grupo de luto e cuidando do cuidador. Apontaram a participação de profissionais de diferentes categorias profissionais, das áreas da fisioterapia, psicologia, farmácia e serviço social.

Contaram também sobre os desdobramentos que não estavam previstos e que revelam a potencialidade dos encontros e dos vínculos no território. Relataram sobre a experiência do grupo de psicologia em que o vínculo e a identificação entre as participantes foram tão significativos que, mesmo após o encerramento dos encontros, as usuárias continuaram se encontrando de forma autônoma e formaram uma cooperativa de costura. Atualmente, não possuem informações referentes à continuidade do trabalho coletivo.

A experiência mencionada revela as potencialidades dos encontros coletivos para a produção de saúde, na medida que viabiliza o encontro de forças que já existem nos territórios, contribuindo dessa forma para o fortalecimento de formas de organização comunitárias e ampliando as possibilidades desses sujeitos organizados intervirem na realidade social (Cardoso et. al., 2013).

O Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) destaca-se como principal marco da implementação do apoio matricial nas redes de saúde (Campos, Campos e Treichel, 2019). Foi criado com o objetivo de contribuir para ampliação da resolutividade e das ações da Atenção Primária. Nesse sentido, as equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento deveriam atuar em

parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiando as equipes a partir do cuidado compartilhando das práticas em saúde (Brasil, 2008).

O NASF Pinhais iniciou suas atividades em 2012, e em 2019 contava com profissionais das áreas de serviço social, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, farmácia, nutrição e educação física. A atuação se dava junto às 11 unidades de saúde do município, no trabalho com as equipes a partir do apoio matricial (Pinhais, 2019).

No ano de 2020, por volta do mês de março, o NASF foi desmontado e os profissionais que o compunham foram realocados para outros serviços do município. Em relação ao desmonte do NASF, infere-se que pode estar relacionado ao contexto pandêmico e a cessação do repasse de verba pelo governo federal.

Durante o governo Bolsonaro (2019-2022), a política de governo adotada deixou evidente os ataques ao SUS universal em detrimento de interesses privados, refletindo na fragilização da APS (Almeida e Junior, 2023). Houve a criação do Programa Previne Brasil, que determinou um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). A partir do modelo proposto, o NASF sofreu perda de recursos, sendo estimulado outros arranjos pelo Ministério da Saúde, ocorrendo assim, a redução gradativa das equipes credenciadas (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022)

No atual governo Lula, várias medidas tomadas indicaram a retomada de um projeto comprometido com o fortalecimento do SUS, à exemplo disso, menciona-se a retomada do financiamento federal de equipes multiprofissionais (eMulti) na APS, por meio da Portaria GM/MS nº 635/2023. Em substituição ao antigo NASF, o arranjo voltou sob o nome de eMulti, indicando uma ampliação em relação às categorias profissionais que podem compor as referidas equipes (Almeida e Junior, 2023). Até o momento, não há notícias oficiais sobre o credenciamento de Pinhais em relação a esta modalidade de equipe.

CATEGORIA 4 - Agentes Comunitários de Saúde e os vínculos tecidos no território.

Os(as) ACS, moradores e conhecedores do território, podem contribuir de forma significativa para ampliar o olhar das equipes em relação às dinâmicas e da vida que pulsa nos territórios e sobre as necessidades daquela população, “são

esses profissionais que têm a potencialidade de colocar no cenário dos serviços de saúde a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa” (Amarante, Luzio, Yasui, 2018, p. 178).

Além de serem ponte principal de comunicação entre usuários e profissionais da unidade de saúde, inserem-se num lugar também de quem vive a vida naquele lugar, portanto, tem grande possibilidade de auxiliar na identificação de recursos comunitários.

Menciona-se uma intervenção que se acredita ter sido importante para identificar as necessidades de aproximação entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada. Foi realizada junto à tutora de campo da Residência, como proposta de atividade vinculada à tutoria, e teve como objetivo dialogar com os(as) ACS sobre suas concepções acerca de saúde mental, bem como, situações identificadas nas microáreas que atuam.

Nessas discussões, emergiram diversas colocações acerca dos desafios relacionados à articulação no âmbito da RAPS em especial à relação entre a USF e CAPS. Os(as) participantes afirmaram não conhecer o CAPS, tanto do ponto de vista da proposta do serviço, bem como, do espaço físico e dos atendimentos realizados.

Destaca-se a importante contribuição das(os) ACS para o cuidado proposto na Atenção Primária, no que diz respeito a estar mais próximo da vida dos sujeitos e assim podem ter conhecimento sobre as necessidades dos mesmos, bem como, conhecer as vulnerabilidades e potencialidades dos territórios. Além disso, as atribuições estão diretamente vinculadas ao acesso à informação e ampliação do acesso aos direitos das famílias atendidas,

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (Brasil, 2006, Art. 3º).

Nesse sentido, é fundamental que os(as) profissionais conheçam os territórios de atuação e os serviços disponíveis para atendimento da população, bem como as atividades ofertadas e formas de acesso. Dessa forma, foi realizado o mapeamento

dos serviços públicos presentes no território e apresentado à equipe da unidade de saúde da família, com a intenção de que subsidie nas construções junto às pessoas e famílias atendidas, buscando ampliar as possibilidades de cuidado para além dos serviços de saúde.

Sobre a potencial do vínculo, relata-se sobre o que foi observado em uma das muitas visitas das quais a pesquisadora realizou junto aos(as) ACS e que proporcionou aprendizado sobre a força dos vínculos. Assim que a pesquisadora iniciou no cenário de prática da USF Tarumã, candidatava-se para todas as atividades possíveis, buscando conhecer mais a equipe, os(as) usuários(as), o território.

Numa dessas ocasiões, a pesquisadora acompanhou uma visita com uma ACS para entrega de guia de exames e, após a ACS ter apresentado a pesquisadora como residente em saúde mental, foi iniciado um diálogo, onde a pessoa com quem conversávamos compartilhou sobre suas vivências e contou que passou por momentos difíceis decorrentes de situações familiares. Durante o diálogo, ressaltou o papel essencial da ACS que ali estava para que pudesse sentir-se melhor e para que retomasse as atividades prazerosas para ela. Rememora-se ainda, que ela contou que foi encaminhada para atendimento psicológico, no entanto, disse que o lugar onde encontrou o apoio que precisava naquele momento foi junto à ACS que a acompanha de longa data.

A intenção do relato é destacar o lugar fundamental que esses profissionais - Agentes Comunitários de Saúde - ocupam no cuidado em saúde mental, e ressaltar o potencial do vínculo para a produção de saúde.

CATEGORIA 5 - Trabalho em rede: desafios, potencialidades e possibilidades na construção do cuidado compartilhado

Campos (2012) aponta que tem se falado muito sobre rede e, muitas vezes, numa perspectiva que a coloca como adjetivo por si só. O autor questiona essa perspectiva e pontua que, de certa forma, estar em rede, fazer parte disso, é de algum modo estar sujeito a algum tipo de controle “ou mesmo a um importante grau de controle, de normatização e de ordenação da vida” (Campos, 2012, p. 148).

O trabalho em saúde é marcado por relações hierárquicas e historicamente voltadas para a produção de corpos produtivos, onde as pessoas atendidas pelas

equipes de saúde são vistas como objetos e não como sujeitos. Cabe ressaltar que as relações de poderes e suas assimetrias têm muitas facetas e fazem parte da sociabilidade humana (Campos, 2012).

Partindo da compreensão de que as assimetrias estão presentes mesmo em relações democráticas, faz-se importante pensar estratégias de trabalho em rede que busquem o deslocamento de lugares autoritários e criem espaços que viabilizem o trabalho conjunto. Sobre isso, Campos (2012) indica

Então a ideia do trabalho em rede, a ideia do apoio matricial, no caso da saúde, é pensar formas de trabalharmos de forma sistêmica, de forma orgânica, em rede, fugindo dessa tradição autoritária, dessa tradição de controle, que tão bem foi estudada por uma série de autores, como, por exemplo, Foucault e outros (Campos, 2012, p. 151).

Em relação às estratégias de articulação já realizada entre os dois serviços, identificou-se as visitas domiciliares compartilhadas; o encaminhamento de usuário(as) ao CAPS; o contato por meio da profissional de referência⁵ em saúde mental da USF; os espaços de Reunião da Rede de Proteção do município; ferramentas de informação/comunicação como o prontuário eletrônico e o WhatsApp; a participação de equipe do CAPS na reunião do Conselho Local de Saúde, momento em que foi realizada fala sobre o CAPS; e a busca ativa realizada pelos ACS.

Enquanto instrumentos que podem ser utilizados no processo de matriciamento, menciona-se a construção conjunta de PTS, a consulta conjunta, a discussão de casos, visita domiciliar conjunta e contato à distância por meio do uso de celulares e outras tecnologias (Chiaverini, 2011).

Destaca-se que embora tenham sido mencionadas diversas estratégias de articulação entre os serviços, inclusive instrumentos do apoio matricial, os(as) trabalhadores(as) ressaltaram, tanto nas respostas ao questionário, como em momentos dos encontros coletivos, que quando acontecem as ações de articulação, acaba sendo de forma breve e pontual. Apontou-se ainda, que até o momento da

⁵ Há na USF Tarumã uma profissional auxiliar de enfermagem que desempenha a função de técnica de referência em saúde mental. Em geral, a profissional participa de todas as ações que envolvem o cuidado em saúde mental no âmbito da USF Tarumã, assim como fica responsável por realizar os contatos com o CAPS e realizar os acompanhamentos dos(as) usuários(as). A profissional em questão tem uma longa trajetória de trabalho na área da saúde mental e denota sensibilidade e interesse em fortalecer o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, foi uma importante apoiadora desta intervenção. Destaca-se que as(os) participantes da pesquisa ressaltaram a importância da profissional no processo de articulação com o CAPS e no acompanhamento aos(as) usuários(as).

intervenção não havia espaço destinado para discussão de casos, entre os serviços, a fim de pensar de forma mais ampliada as articulações e cuidados necessários.

As lacunas em relação ao conhecimento sobre o trabalho desenvolvido nos serviços, por parte de ambas as equipes, evidenciaram-se no primeiro encontro coletivo, em que surgiram muitas dúvidas da equipe da USF em relação ao trabalho realizado no CAPS. Da mesma forma, as trabalhadoras do CAPS referiram desconhecer as atividades coletivas ofertadas na USF Tarumã.

Outra informação que enfatiza as lacunas na articulação entre os serviços é que 1/3 dos(as) participantes responderam não ter conhecimento sobre ações de articulação entre os serviços.

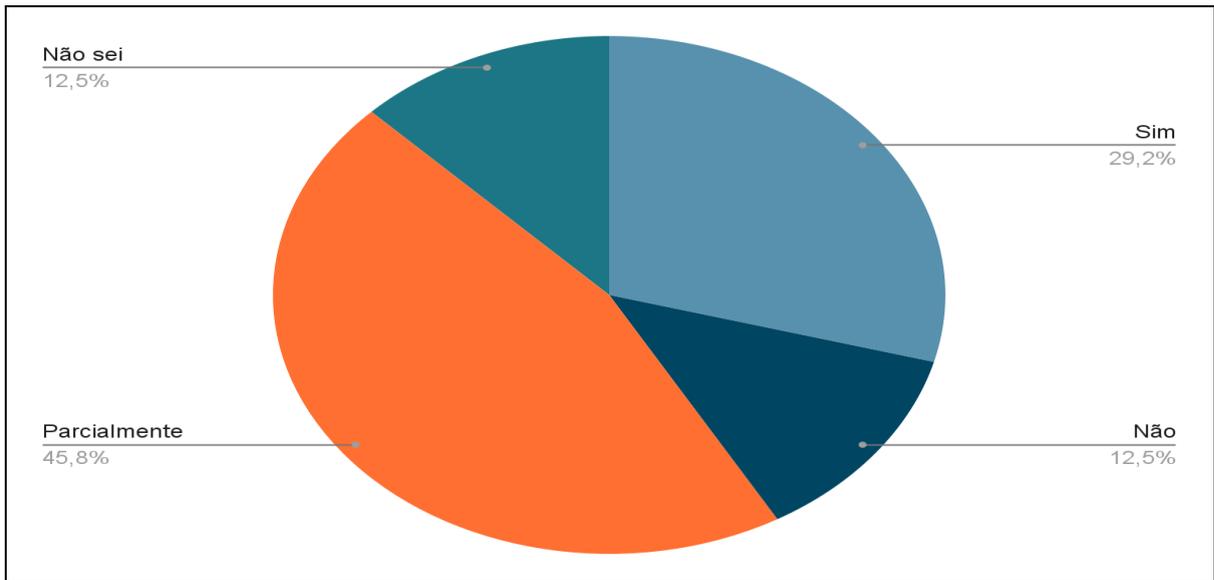
O matriciamento, entendido como uma nova forma de produzir saúde a partir da construção compartilhada entre duas ou mais equipes, busca contrapor a lógica hierarquizada que, tradicionalmente, vem sendo reproduzida nos sistemas de saúde, baseada em encaminhamentos, referências e contra referências. Pensando no âmbito da Atenção Primária, essa lógica hegemônica reforça a desresponsabilização pelo cuidado dos(as) usuários(as) ao serem encaminhados a outros serviços (Ministério da Saúde, 2011).

Amplia-se a compreensão sobre o cenário de articulação a partir do olhar acerca dos desafios apontados pelos(as) profissionais referentes à temática, sendo indicados enquanto desafios a falta de comunicação e vínculo entre as equipes do CAPS e USF e a falta de tempo/sobrecarga das equipes. Foi pontuado pelos profissionais a importância de destinar espaço nas agendas para momentos de discussão de casos e outras atuações conjuntas entre as equipes.

Apointa-se que os desafios para o apoio matricial identificados neste trabalho, estão em consonância com os resultados da investigação de Campos, Campos e Treichel (2019) sobre a implementação e efetividade do NASF, em que destacaram enquanto desafios para a consolidação do apoio matricial em saúde mental a sobrecarga das equipes, baixa integração das redes, descontinuidade das ações nos diferentes níveis de atenção e a manutenção da lógica de encaminhamento. Além disso, indicaram que o cuidado ainda está muito centrado na figura do médico e numa perspectiva medicalizante.

Os gráficos 1 e 2 complementam as informações referente aos desafios na articulação entre os serviços.

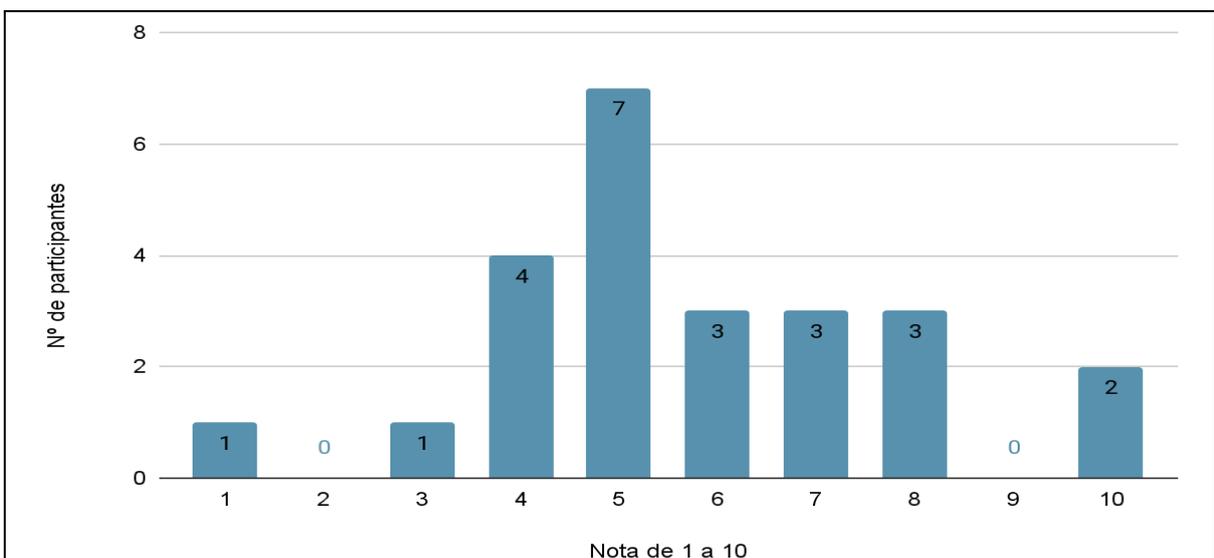
Gráfico 1 - A USF tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) atendidos no CAPS?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O gráfico 1 revela que 45,8% dos(as) profissionais indicou que a USF sabe parcialmente sobre os(as) usuários(as) que estão em acompanhamento no CAPS, enquanto que as(os) profissionais que indicaram não saber informar representam e os(as) profissionais que indicaram que a USF não tem conhecimento sobre os usuários em acompanhamento no CAPS representam 12,5% cada. Enquanto que apenas 29,2% indicaram que a USF Tarumã tem conhecimento a respeito dessas informações.

Gráfico 2 - Nota atribuída para a comunicação entre USF Tarumã e o CAPS Regional I



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O gráfico 2 ilustra como as(os) trabalhadoras(es) avaliam a comunicação entre o CAPS e USF Tarumã. Verificou-se que a nota 5 foi a mais atribuída, e que apenas duas pessoas indicaram a nota dez. E que $\frac{2}{3}$ dos participantes atribuíram, no máximo, nota 6 para a comunicação entre os serviços.

Revelou-se que as fragilidades na articulação entre os serviços impactam na continuidade do cuidado dos(as) usuários(as) quando o usuário não necessita mais do acompanhamento pela equipe do CAPS, sendo indicados como dificultadores o desconhecimento por parte da equipe da USF sobre a situação de acompanhamento do sujeito no CAPS, tais como informações sobre o processo de transferência de cuidados: “ausência da informação da alta do usuário para que a USF possa realizar busca ativa para viabilizar o seguimento” (P1); “Ele ao ser encaminhado para USF se dilui entre as demais comodidades e só é visível se busca espontaneamente o serviço. Em contrapartida, o serviço especializado não tem tempo hábil para qualquer monitoramento” (P16); “O maior obstáculo é a falha na comunicação, quando o usuário sai do CAPS e a USF não tem conhecimento” (P17).

Conforme já mencionado, há no município sistema informatizado de saúde, onde as equipes do CAPS e USF conseguem visualizar os atendimentos realizados por ambas as equipes, além dos atendimentos realizados pelo Centro de Especialidades e UPA. No entanto, até o momento da intervenção, a não ser em casos específicos, não havia pactuada forma de comunicação entre os serviços para avisar quando os usuários(os) procuravam diretamente o CAPS para atendimento ou mesmo neste processo de saída do CAPS. E mesmo nos casos em que os usuários eram encaminhados(as) pela USF ao CAPS, não havia o acompanhamento posterior, para saber da chegada ao outro serviço.

Além das fragilidades na articulação entre os serviços, foram identificados dificultadores para a continuidade do cuidado dos(as) usuários(as) segundo as(os) trabalhadoras(es), relacionados às condutas dos usuários(as) e da rede de apoio: “Resistência do usuário em manter o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família” (P1); “Falta de iniciativa do usuário não de uma forma pejorativa, mas talvez por desmotivação” (P3); “Resistência dos usuários e da família em seguir tratamento em outros serviços devido o rápido acesso ao profissional médico especialista e falta de suporte ao tratamento, na sequência” (P20); “O acompanhante do paciente, por motivo de algumas vezes ele achar que está de alta do CAPS, e não achar necessário vir até a unidade” (P9); “Falta de apoio familiar” (P10).

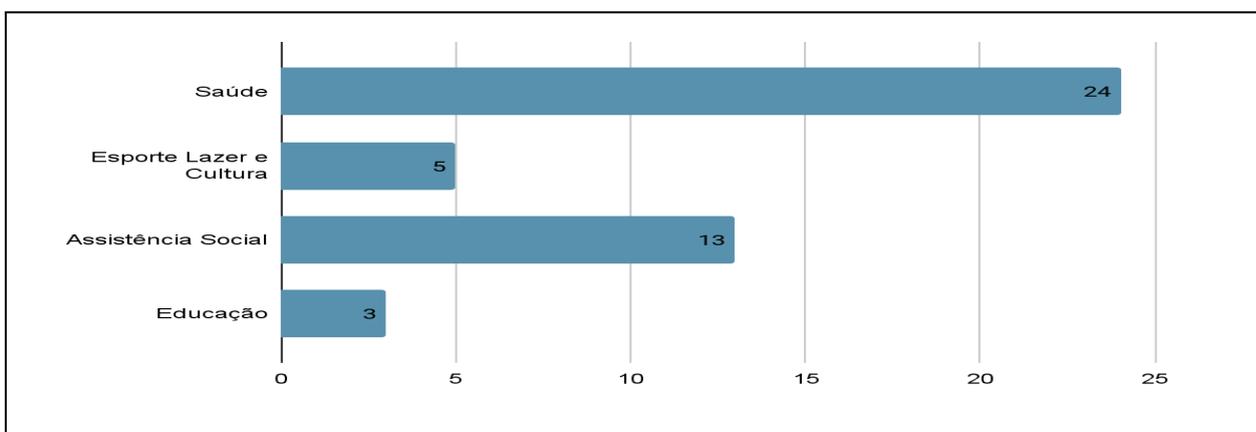
A rede de saberes, construída a partir do matriciamento, permite que as equipes da Atenção Primária e as equipes de saúde mental possam compartilhar seus conhecimentos, a partir das suas especificidades e do lugar onde atuam, tecendo uma rede pautada no vínculo e na corresponsabilização, ampliando as possibilidades de cuidado aos usuários(as) (Chiaverini, 2011).

Ressalta-se a importância de articular e acionar também a rede mais ampliada de cuidados, que envolve a rede intersetorial de políticas públicas e a rede de apoio social dos sujeitos, compreendendo que “trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade” (Chiaverini, 2011, p. 203).

A articulação intersetorial é parte fundamental do processo de transferência de cuidados, que implica ultrapassar os serviços de saúde, mobilizando e articulando os recursos do território, de modo a promover “o vínculo do usuário com outros espaços territoriais: escola, associação de moradores do bairro, espaços de lazer entre outros” (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017, p. 8).

Neste sentido, foi possível identificar que as concepções das(os) trabalhadoras(es) em relação aos serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental indicaram uma ampliação da compreensão em relação ao cuidado, sendo considerada a rede intersetorial de políticas públicas, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 - Serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental (agrupados por secretaria)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ressalta-se que todos os participantes indicaram os serviços de saúde em suas respostas. Observou-se predominância de respostas que trouxeram serviços dos municípios vinculados à outras secretarias além da saúde, com o total de 13 respostas. Sobre as respostas que indicaram apenas serviços de saúde, a maior parte apontou apenas os serviços especializados de saúde mental, não mencionando a unidade de saúde da família, por exemplo.

Em relação às respostas que consideraram outros serviços além da saúde, identificou-se que há maior presença de unidades da política pública de assistência social, sendo mencionado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Convivência (juventude e pessoa idosa). No entanto, ainda que em número menor de respostas, também foram mencionados os serviços vinculados à secretaria de esporte, lazer e cultura, e de educação.

Em relação aos serviços de saúde, a intervenção evidenciou que as fragilidades na articulação em rede, extrapolam a relação entre unidade de saúde da família e CAPS, revelando-se lacunas em relação ao cuidado que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) realiza.

O município de Pinhais possui contrato celebrado junto à uma Organização Social (OS) para gerenciamento da UPA. Esta forma de administração mostra-se vantajosa do ponto de vista da racionalidade dos recursos financeiros. A OS possui autonomia tanto para contratação, como para demissão de trabalhadores (Faria, 2023).

Na intervenção, os diálogos evidenciaram os tensionamentos, os desconfortos e assimetrias nas relações, afinal, cada um tenta de alguma forma proteger-se e, na melhor das hipóteses, proteger os “seus”. No entanto, quando se abre espaço para diálogo, também pode ser um caminho para reconhecer as lacunas e fazer diferente:

[...] na planilha o que a gente percebeu, tem pacientes que estão vinculados aqui que a gente não conhece os pacientes [...] então, assim, dos dois lados, né? Então, tem coisas que o CAPS tem que melhorar, né? Mas coisas que a unidade também tem que melhorar. Tem que melhorar o acompanhamento daqueles nossos também, né? A gente tem que correr atrás disso (P1).

A fala foi de uma profissional da USF e evidencia o reconhecimento sobre as lacunas no trabalho realizado. Assim, quando se abre espaços para diálogo, para olhar para o que está sendo pontuado, deixando, ao menos um pouco, a postura defensiva, é possível construir outros caminhos.

No sentido de contribuir com a aproximação, comunicação e articulação entre os serviços, identificou-se por meio de resposta ao questionário e nos encontros coletivos, sugestões das(os) participantes em relação: construção de ferramentas de comunicação para troca de informações entre as equipes; aproximação entre as equipes para favorecer a construção de vínculos; e uso de ferramentas do matriciamento (reuniões para discussão de casos, construção compartilhada de PTS e contato entre equipes por meio de ferramentas de comunicação à distância).

Uma das demandas apresentadas pela equipe, conforme já abordado, foi acerca do compartilhamento de informações sobre o cuidado aos(as) usuários(as) entre as equipes.

Assim, nos encontros coletivos foi construída planilha e compartilhada com as equipes, sendo escolhidos os seguintes campos: nome do(a) usuário(a); idade; código numérico que identifica os(as) usuários(as) no sistema de informação de saúde do município; data que iniciou o acompanhamento no CAPS; área e ACS responsável na USF Tarumã; Técnico de Referência no CAPS; Situação de atendimento no CAPS⁶; combinados realizados na construção do PTS; rede de apoio; atividades coletivas que realiza na USF; vinculação com outros serviços da rede intersetorial; olhar da/do ACS⁷; atuação conjunta⁸; e comorbidades. A ideia é que as informações registradas possam auxiliar no acompanhamento e definição de estratégias entre os serviços.

Em relação às pactuações realizadas no âmbito desta intervenção, foi acordado entre as equipes a implementação de espaço para discussão de casos entre USF Tarumã e CAPS Regional I, que será realizada mensalmente e tem previsão de início para janeiro de 2024.

O paradigma psicossocial tem como característica a atuação de equipes interprofissionais, em que se busca a superação da ideia de linha de montagem e o

⁶ Que podem ser: i) inserida(o) em acompanhamento; ii) desligamento por não adesão; iii) desligamento por estabilidade/melhora - seguimento na USF; iv) Inserido(a) - faltando; v) desligamento a pedido.

⁷ Espaço para que o(as) ACS insira suas percepções e observações que considere relevantes em relação aos(as) usuários e famílias.

⁸ Campo a ser preenchido quando forem pactuadas ações conjuntas entre os serviços.

atendimento centrado em especialistas. Considera como parte fundamental a troca e construção de saberes coletivos entre equipes e serviços, buscando a superação da fragmentação entre os níveis de atenção, fala-se em integralidade (Costa-Rosa, 2000).

Além do espaço para discussão de casos, pactuou-se a participação da equipe da USF no PTS dos(as) usuários(as) em acompanhamento no CAPS, incluindo os(as) ACS.

No contexto do cuidado realizado no âmbito do CAPS, o PTS é o principal instrumento de trabalho das equipes e norteia como será o cuidado do sujeito. É uma ferramenta que deve ser utilizada de forma a ampliar a autonomia do sujeito, buscando articular recursos do território, para além dos muros do CAPS, de acordo com o que faz sentido para cada um/uma e direcionados para desinstitucionalização e produção de vida (Ferreira et al., 2017).

A participação das equipes da USF Tarumã no PTS pode contribuir para a ampliação do conhecimento da equipe da APS sobre saúde mental, por outro lado, a equipe da USF tem também o potencial de contribuir, a partir de seus saberes e experiências, no acionamento de recursos do território para a construção dos PTS.

Ressalta-se que a ESF expressa um direcionamento importante no sentido de mudança do modelo biomédico, na medida em que o enfoque da estratégia é a família e traz consigo a promoção de saúde e práticas de educação em saúde junto à comunidade (Amarante, 2007).

Destaca-se a corresponsabilização que pode ser construída no processo do PTS, onde há a responsabilização e pactuação que envolve todos os atores envolvidos, os(as) usuários(as), profissionais de saúde e familiares/rede de apoio, na construção de um cuidado que atenda às necessidades dos sujeitos. Ressalta-se que a corresponsabilização não se esgota no momento destinado para a construção do PTS, já que se trata de um processo contínuo, sendo fundamental o acompanhamento para avaliação e mudanças sempre que se entenda necessário (Diniz, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve início muito antes do projeto e da intervenção propriamente dita. Começou já no início da residência, na passagem por cada um dos cenários de prática, mas ganhou contornos de sentido, principalmente, na inserção da pesquisadora na Unidade de Saúde da Família Tarumã. A Atenção Primária à Saúde é lugar privilegiado do ponto de vista de perceber as dinâmicas dos territórios, pois amplia-se o olhar quando se conhece a pessoa, família, o contexto de vida, a casa, a rua, a padaria que frequenta, os espaços onde se exercita, os caminhos necessários para ir ao trabalho, à unidade de saúde, ao CAPS.

A Reforma Psiquiátrica enquanto processo social amplo e complexo busca transformações não só no funcionamento dos serviços, mas também uma transformação social, um novo lugar social para a loucura.

Contudo, mesmo com os diversos avanços no campo da saúde mental a partir das lutas de atores coletivos, verifica-se ainda a prevalência de práticas alinhadas ao paradigma asilar nos serviços de saúde. Assim, defende-se que a mudança no sentido do modo psicossocial implica a ampla articulação dos atores sociais, os(as) usuários(as), familiares, trabalhadores(as), movimentos sociais, entre outros.

Apesar dos inúmeros desafios materializados no cotidiano de trabalho das equipes para as mudanças propostas pela RP, aponta-se a abertura e comprometimento dos profissionais que participaram desta intervenção em relação aos processos de mudança.

Enquanto contribuições deste trabalho, menciona-se o espaço coletivo onde as equipes puderam se conhecer e saber mais sobre as ofertas e funcionamento de cada serviço. A partir dos encontros, puderam compartilhar sobre os desafios que encontram no cotidiano de trabalho e, inclusive, identificarem desafios que ambas têm em comum.

Além disso, entende-se que a intervenção, também por meio da planilha construída coletivamente, contribuiu para que a equipe da USF Tarumã ampliasse o conhecimento sobre os(as) usuários(as) residentes em sua área de abrangência que estão em acompanhamento no CAPS, sendo pontuado pela própria equipe o reconhecimento da importância de aproximar-se desses usuários para acompanhamento.

Considera-se que neste primeiro momento a planilha será importante para a reflexão sobre a situação em relação aos(as) usuários(as) atendidos no CAPS, para que as equipes os conheçam, subsidiando as trocas de informações e construções conjuntas. Contudo, reconhece-se que a planilha tem muitos campos e, talvez, a longo prazo, isso dificulte a permanência da alimentação da mesma. Nesse sentido, sabendo do sistema já utilizado no município, sugere-se que possa ser avaliado junto às equipes que utilizam o sistema para adequações de forma que atenda às necessidades das equipes em relação às informações que considerarem importantes.

Enquanto desdobramentos desta intervenção, foi pactuado entre as gestoras dos serviços, uma agenda fixa com encontros mensais para discussão de casos. Além da construção compartilhada de PTS entre as equipes da USF Tarumã e do CAPS dos(as) usuários(as) em atendimento no CAPS. Menciona-se que há perspectiva de que a experimentação da articulação no âmbito desta intervenção entre USF e CAPS seja ampliada para outras USF do município, conforme sinalizado pela coordenadora do CAPS.

Pontua-se também que a intervenção provocou reflexões sobre as possibilidades de atuação do ACS e participação mais próxima junto a equipe, como na construção do PTS, por exemplo, entendendo que o saber desses profissionais podem contribuir de forma significativa para o cuidado dos(as) usuários(as).

Sobre o PTS, neste primeiro momento foi definido a construção compartilhada em relação às pessoas que estão sendo atendidas no CAPS. No entanto, destaca-se a potencialidade de ser ampliado no âmbito da APS para atender pessoas com casos de maior complexidade e/ou que demandam articulação com outros serviços e recursos do território, que não estão vinculadas ao serviço especializado, seja por não desejar ou mesmo pelo entendimento da equipe de que o seguimento pode ser na APS.

Entende-se que esta intervenção fomentou aberturas para diálogos e atuações conjuntas, sendo importante que a partir da prática as equipes aprofundem e aprimorem as reflexões em relação às ações já pactuadas. Pontua-se enquanto sugestões para reflexão e construção conjunta, aprofundar as discussões sobre matriciamento e os papéis de cada ator, bem como, refletir sobre o PTS e em quais situações faz sentido, tanto para equipe como para os usuários(as), a construção compartilhada entre as equipes.

Ressalta-se que embora seja importante criar espaços protegidos para as trocas e construções entre as equipes, é preciso pensar na função desses espaços e nos sentidos que mobilizam as práticas, fortalecendo trabalhos em rede direcionados ao fortalecimento da autonomia e cidadania dos(as) usuários(as), compreendendo-os enquanto sujeitos que protagonizam suas vidas nos territórios.

Vislumbra-se enquanto possibilidade de continuidade desta intervenção, identificar junto aos ACS os recursos “escondidos” do território, para que possa ser incorporado ao mapa já produzido de forma a contemplar outros atores que poderão contribuir com a rede de cuidados, para além dos serviços públicos.

Por fim, enfatiza-se que além de criar espaços de diálogo e aproximação entre os serviços, o trabalho das equipes deve estar direcionado à construção de autonomia e cidadania, com participação dos(as) usuários(as), sendo relevante reafirmar e revisitar constantemente os pressupostos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica enquanto direcionadores das formações profissionais e das práticas das equipes que atuam na RAPS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

AMARANTE, P. et. al. Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União 30 dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, p. 393-403, 1999.

CARDOSO, L. S. et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 66, p. 928-934, 2013.

CHASSOT, Carolina Seibel; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A pesquisa intervenção-participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. ***Psicologia & Sociedade***, v. 30, 2018.

CHIAVERINI, D. H., organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental Brasília: MS: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. Ed. Unesp, São Paulo: 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. ***Cadernos De Saúde Pública***, 28(2), 2012, p. 357–366. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

DINIZ, A. M. Projeto terapêutico Singular de usuários da Atenção Básica e Psicossocial: resolubilidade, co-responsabilização, autonomia e cuidados [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado acadêmico em Saúde pública, 2013.

FAGUNDES, V. da S. Fala proferida no I Seminário Intersectorial de Saúde Mental em Pinhais: práticas e saberes no território. Prefeitura Municipal de Pinhais, 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p4ViljDTd_A>.

FARIA, K. J. et al. Contratos de gestão na área de saúde como instrumento de governança pública: um estudo à luz da teoria dos custos de transação. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2023.

FERREIRA, T. P. da S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 373-384, 2016.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em debate*, v. 38, p. 593-606, 2014.

LOPES, C. J.; PAULON, S. M.; PASCHE, D. F. Entre aderir e resistir: uma reflexão sobre os usos do conceito de não adesão nos serviços substitutivos de saúde mental. *Mental*, v. 14, n. 25, p. 1-17, 2022.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. de S.. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3503-3516, 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.

ONOCKO CAMPOS, R.T., & Gama, C. (2010). Saúde Mental na Atenção Básica. Em G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerreiro (Orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10376>>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família promove ação sobre dores crônicas. Página oficial do município de Pinhais, Pinhais, 22 out. 2019. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/cidadao/noticia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-promove-acao-sobre-dores-cronicas>>.

WENTZEL, T. R. Fala proferida no I Seminário Intersetorial de Saúde Mental em Pinhais: práticas e saberes no território. Prefeitura Municipal de Pinhais, 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p4ViljDTd_A>.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 113-160. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623.0005>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS PROFISSIONAIS

Cuidado Compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial de Pinhais articulações possíveis entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I

Este questionário faz parte da pesquisa de conclusão de residência multiprofissional em saúde mental, vinculada à Escola de Saúde Pública do Paraná, com o título "Cuidado compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial do município de Pinhais: articulações possíveis entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I". A pesquisa é desenvolvida pela pesquisadora Nayara Gabriela Litz de Souza e orientada pela pesquisadora Rejane Cristina Teixeira Tabuti

Importante ressaltar que esta pesquisa considera o processo de regionalização dos CAPS, ou seja, as perguntas que sugerem relação entre Unidade de Saúde do Tarumã e CAPS, dizem respeito ao CAPS Regional I, que a partir de agosto de 2023 passou a atender usuários(as) com demandas relacionadas à transtornos mentais graves e persistentes, bem como, usuários(as) com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando que é o CAPS Regional I que atende a área de abrangência da Unidade de Saúde Tarumã.

Estima-se que o tempo de resposta ao questionário é de 30 minutos.

Identificação do(a) participante

Observação: Suas informações pessoais serão preservadas. Nos resultados da pesquisa, serão adotados nomes fictícios a fim de manter o sigilo.

Nome *

Sua resposta

Serviço/Instituição que representa *

Sua resposta

Cargo/Função desempenhada *

Sua resposta

Está há quanto tempo no local de trabalho atual? *

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Menu de navegação do Formulário Google

Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial e Cuidado Compartilhado.

1 - O que é cuidado em saúde mental para você? *

Sua resposta

2 - Você tem conhecimento sobre ações/estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pela Unidade de Saúde da Família Tarumã? Se sim, descreva quais. *

Sua resposta

3 - Quais serviços/equipamentos públicos do município de Pinhais são importantes para o cuidado em saúde mental? *

Sua resposta

4 - A aproximação entre CAPS e Unidade de Saúde é importante para o cuidado integral dos(as) usuários(as). *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo plenamente

5 - A equipe da USF Tarumã tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) que estão em acompanhamento no CAPS? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei

6 - Atribua uma nota para a comunicação entre CAPS Regional I e USF Tarumã atualmente. *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ruim	<input type="radio"/>	Ótimo									

7 - Você tem conhecimento sobre as ações/estratégias realizadas pelo serviço onde você trabalha para comunicação/articulação entre Unidade de Saúde Tarumã e CAPS Regional I? Se sim, descreva quais. *

Sua resposta

8 - O que significa o(a) usuário(a) ter "alta" do CAPS? *

Sua resposta

9 - Na sua opinião, quais os maiores obstáculos para continuidade do cuidado quando o(a) usuário(a) recebe "alta" do CAPS? *

Sua resposta

10 - Mencione os facilitadores na articulação entre CAPS Regional I e USF Tarumã. *

Sua resposta

11 - Quais os principais desafios em relação à articulação entre o CAPS e Unidades de Saúde? *

Sua resposta

12 - Quais estratégias poderiam ser utilizadas para aproximar os serviços (USF Tarumã e CAPS Regional I) e facilitar a comunicação e atuação conjunta? *

Sua resposta

Voltar

Enviar

Limpar formulário