

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Lucas Leismann da Silva

Santa Maria/RS
2022

Lucas Leismann da Silva

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Maria Denise Schimith

Santa Maria/RS
2022

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Elaborado por:

Lucas Leismann da Silva

Como requisito parcial para obtenção do grau em
Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Maria Denise Schimith

(Presidente da banca e orientadora)

Jéssica Degrandi Soares

(Avaliador)

Laura Regina da Silva Camara Mauricio Da Fonseca

(Avaliadora)

Cíntia Florence Nunes

(Avaliadora/Suplente)

Santa Maria/RS, 26 de julho de 2022.

RESUMO

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AUTOR: Lucas Leismann da Silva
ORIENTADORA: Maria Denise Schimith

A presente pesquisa tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Rede de Atenção Psicossocial de um município do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, os dados foram coletados por meio de grupo focal, em encontro virtual pela plataforma online *Google Meet*. Aponta-se como resultados o desconhecimento e ao mesmo tempo uma compreensão ampliada da rede de cuidado na perspectiva intersetorial; a falta de educação permanente e de comunicação; desconhecimento dos protocolos de encaminhamento e a importância da residência multiprofissional. Espera-se contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial por meio de reflexões sobre temas relacionados à saúde mental.

Palavras-chave: Rede de atenção Psicossocial; Assistência à Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Política de Saúde.

ABSTRACT

PERCEPTION OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS ABOUT THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

AUTHOR: Lucas Leismann da Silva

ADVISOR: Maria Denise Schimith

The present research aims to understand the perception of Primary Health Care professionals about the Psychosocial Care Network in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. This is a qualitative research, data were collected through a focus group. The results point to the lack of knowledge and, at the same time, an expanded understanding of the care network in the intersectoral perspective; the lack of permanent education and communication; lack of knowledge of referral protocols and the importance of multiprofessional residency. It is expected to contribute to the strengthening of the Psychosocial Care Network through reflections on topics related to mental health.

Keywords: Psychosocial Care Network; Mental Health Assistance; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Policy.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	7
2.	Método.....	10
3.	Resultados.....	11
4.	Discussões	15
5.	Considerações Finais.....	20
6.	Referência	22

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surge a partir da vivência realizada num programa de residência multiprofissional com ênfase em saúde mental. A partir desse processo de formação que se dá a atuação, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Rio Grande do Sul, focada em saúde mental. O município em questão está localizado na região central do Estado e tem uma população estimada em 285 mil habitantes no ano de 2021, segundo dados do IBGE.¹ Com base nessa experiência surge a indagação sobre a relação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), haja vista o caráter ordenador que a ESF assume no atual modelo de organização das redes de atenção à saúde (RAS), e assim sendo na RAPS.

Apesar de se tratar de uma questão que já tem mais de uma década, a implementação da RAPS nos municípios de pequeno e médio porte ainda é uma questão que carece de informações.² A diversidade de possibilidades que se apresentam em um país continental criam condições específicas de execução, que por vezes não são passíveis de reprodução tal qual. Nesse sentido, multiplicar as experiências que exploram a percepção dos profissionais da APS sobre a rede de atenção à saúde mental pode subsidiar a implementação da RAPS com a ampliação dos olhares sobre essa temática a partir dos diversos lugares do Brasil.

Com a da consolidação do SUS³ a atenção à saúde no Brasil passou a se organizar em torno das Redes de Atenção, conforme regulamenta a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).⁴ Entre as redes de saúde estabelecidas está a RAPS, a qual é composta por inúmeros serviços, como atenção primária, Urgência e Emergência, Atenção psicossocial estratégica, atenção hospitalar, entre outros. As redes de atenção, inclusive a RAPS, tem como ponto ordenador a APS, sendo assim, está se constituiu um ponto central e imprescindível para os usuários conseguirem acessar a RAPS, na medida em que a APS deve ser um dos principais pontos de acesso a outros serviços da rede de atenção à saúde mental.²

Quando de sua implementação em 2010 as RAS representaram uma mudança significativa na organização e no fluxo dos serviços de saúde do SUS⁴. O modelo que precedia

essa política era pautado num sistema fragmentado, com pontos isolados na rede e hierarquizados, o qual constituía um sistema de saúde focado, sobretudo, nas condições agudas de saúde e na agudização dos problemas de saúde. Essa organização era um impeditivo para o atendimento à saúde de forma contínua e integral, já que os serviços não tinham uma comunicação fluida, tão pouco havia uma população descrita para cobertura de cada serviço. Sendo assim, esse modelo era focado nas doenças e não no trabalho com a população.⁵

Nesse sentido, a implementação da RAS mudou o panorama dos serviços de saúde, nessa nova perspectiva os serviços adotam um carácter horizontal. Essa mudança organizacional nos serviços de saúde representa, não só um novo organograma de serviços, mas um foco diferenciado. Com uma população adstrita, o modelo de redes de saúde possibilita focar a atuação dos serviços na população, ampliando as ações de saúde para além do combate às condições agudas, estruturando de forma mais efetiva a política de promoção de saúde, além de fortalecer a integralidade do cuidado, princípio basilar da fundação do SUS.⁴

Dessa forma, se estabelece a criação da RAPS em 2011 a partir da portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde.⁶ A RAPS foi criada para ordenar os serviços de atenção à saúde mental, integrando o cuidado a partir da ordenação da APS. Com a corresponsabilização e a interdisciplinaridade, buscou-se alterar os padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados que o modelo anterior carregava, além de fortalecer o cuidado contínuo e integral dos usuários.⁷

Um aspecto fundamental para se pensar a reforma psiquiátrica e a RAPS é o financiamento dos serviços substitutivos. O ano de 2006 foi um marco no que se refere a inversão de valores de financiamento na estrutura de atenção à saúde mental, a partir desse ano os serviços de base comunitária passaram a receber um aporte financeiro maior do que os serviços de carácter hospitalar/manicomial, essa inversão de valores representou um avanço estrutural na cobertura territorial dos dispositivos substitutivos propostos pela reforma psiquiátrica. No entanto, a partir de 2011, ano que coincide com a implementação da RAPS, a expansão dos serviços comunitários de saúde mental foi praticamente nula e de 2015 em diante há falta de dados do Ministério da Saúde.⁸

Ainda em relação ao financiamento, o que se apresenta nos últimos anos é um processo de desfinanciamento da saúde e das políticas públicas no Brasil. A aprovação da Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, limita os gastos públicos primários (saúde, educação, assistência, entre outros investimentos de infraestrutura) em 20 anos e representa a principal ferramenta desse processo. Nesse sentido, o investimento nos serviços públicos de saúde no ano de 2021 foi de 4,8% do PIB na medida em que mais de metade do PIB foi destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública.⁹

Dessa forma, é importante reconhecer os avanços que a implementação da RAS e da RAPS significaram para saúde e para saúde mental no SUS, entretanto é necessário aprofundar as reflexões acerca da real efetivação dos serviços em rede e dos desafios que esse modelo traz. Diversos autores têm se debruçado a discutir a esse tema por diferentes perspectivas nos últimos anos,^{8,10,11} na tentativa de introduzir novos elementos na reflexão acerca das redes de atenção à saúde, e aprofundar a efetivação do acesso à saúde a partir dos princípios que norteiam o SUS e a reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir da teoria da complexidade de Edgar Morin, Arruda¹⁰ constrói uma análise das RAS que visa aprofundar as problemáticas em torno das dificuldades de efetivação destas, e propor um norte para pensar as formas de efetivar o trabalho em rede. Seguindo o caminho de ampliar os olhares sobre a RAS, Merhy¹¹ traz para o centro desse debate a micropolítica do vivido, subvertendo o olhar de si em si, o autor propõe uma rede que se entrelace no dinamismo da vida, como forma para superar os desafios que se apresentam atualmente para efetivação do cuidado em rede.

A partir das evidências encontradas durante a residência multiprofissional, o presente estudo teve como questão de pesquisa: como os profissionais da Estratégia Saúde da Família percebem a Rede de Atenção Psicossocial? Com isso, o objetivo da pesquisa foi compreender a percepção dos profissionais das Estratégias Saúde da Família sobre a Rede de Atenção Psicossocial de um município do interior do Rio Grande do Sul. Para desenvolver esse objetivo utiliza-se uma metodologia de caráter qualitativo com desenho participativo a partir dos preceitos de Onocko Campos.¹² A coleta de dados da pesquisa foi feita por meio de grupo focal.

2. MÉTODO

A presente pesquisa tem o caráter qualitativo, que se ocupa com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados.¹² Esse tipo de pesquisa se preocupa com questões que não podem ser quantificadas, e o interesse reside na subjetividade. Por esse motivo, a pesquisa qualitativa de desenho participativo foi utilizada, a partir das ideias de Onocko Campos¹³ que embasada em Gadamer¹⁴, entende um fenômeno como um acontecimento, que poderá ter diversas compreensões. Ricoeur¹⁵ argumenta que quando uma ação, atual ou passada, é relatada ela já está simbolicamente mediatizada e é por meio da narrativa de certa história que o homem aprende a colocação do tempo, cessando ou transitando tal situação, sendo ela do passado, presente ou futuro. A narrativa é um recurso do qual utilizamos para instituir a temporalidade humana, podendo anunciá-la e compartilhá-la.

Com base nessa perspectiva a coleta de dados da pesquisa foi realizada com grupos focais. Foi adotado como critério de inclusão para participação no grupo, profissionais concursados de atenção primária à saúde que tivessem ao menos um ano de trabalho na unidade, e como critérios de exclusão profissionais em licença ou em férias. Em decorrência da pandemia do COVID-19 a coleta foi feita em meio virtual, as reuniões do grupo aconteceram pela plataforma *on-line google meet*. Os encontros foram gravados por áudio e vídeo, a fim de transformar os depoimentos em narrativas. Além desse impacto sobre a pesquisa, que impossibilitou a realização de encontros presenciais, a pandemia representou um elemento complicador da participação na pesquisa, sobretudo por conta da demanda expressiva e exaustiva que o momento suscitou nas equipes de saúde do município. Dessa forma, foram convidadas 18 ESFs do município, das quais quatro participaram com profissionais escolhidos pelas equipes.

A análise dos dados deu-se a partir de grupos focais narrativos¹⁶, com transcrição de um primeiro encontro na íntegra, construção de uma narrativa desse encontro pelo pesquisador, seguindo núcleos argumentais. “Um núcleo argumental é um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação.

Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como. Os núcleos argumentais não são os temas levantados, porém a “tessitura da intriga” sobre esses temas”.^{13:1278}

A presente pesquisa segue as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos a saber: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, além da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que trata dos aspectos éticos das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas e a Resolução no 580/18, salvaguardado pelo parecer de número 4.911.12, do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Santa Maria. Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa utilizou-se a abreviatura de P1, P2, P3, P4 para se referir as falas dos participantes utilizadas *ipsis litteris* no trabalho final.

3. RESULTADOS

Os participantes da pesquisa podem ser caracterizados como quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo um do sexo masculino, idades entre 23 e 55 anos, tempo de serviço entre 2 e 20 anos. Com base nos resultados coletados na pesquisa se estruturou cinco eixos argumentativos que embasam as reflexões em relação a percepção dos profissionais da APS sobre a RAPS, quais sejam, o reconhecimento dos dispositivos da RAPS, a relação entre as ESF e os serviços especializados da atenção à saúde mental, as dificuldades da RAPS e por fim, as potencialidades da RAPS.

O primeiro núcleo construído foi identificar os dispositivos da Rede de atenção psicossocial do município. Sobre isso, o depoimento a seguir pontua o pouco conhecimento da RAPS e a frustração com essa situação. “[...] porque a gente na verdade conhece muito pouco a rede, até fico um pouco as vezes meio frustrada, porque a gente como trabalhador, a gente deveria saber muito mais o que tem dentro da rede” (P1). Foi apontado o conhecimento básico em relação aos serviços que compõem, além disso em diversos momentos foram pontuados serviços como Centro de referência e assistente social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dispositivos da rede de assistência, como serviços que fazem parte da RAPS. “A gente só tem o básico, a gente sabe que tem os CAPS, têm os CRAS, eles funcionam de segunda a sexta e pronto” (P1). Se por um lado isso demonstra desconhecimento em relação

a RAPS, por outro, demonstra uma compreensão mais integrada de cuidado, na medida em que reconhece esses dispositivos como parte do processo de cuidado, assim apontando para uma perspectiva de rede intersetorial. No entanto, os profissionais da atenção primária não se reconhecem como profissionais que compõem a RAPS.

Outro ponto abordado com frequência foi a potencialidade da rede intersetorial, ampliando o atendimento dos usuários para além da rede de saúde e incorporando outros serviços interssetoriais, como assistência, educação e poder judiciário.

Só que como eu disse, o que falta é formar mais uma rede com todo mundo, como eu te disse, formar uma rede com as unidades, ESFs, com CRAS, CREAS, com defensor público, com a promotoria, essa conversa ela tem que ser mais ampla, por isso existe o fórum, os conselhos de saúde, o GAM, nós somos formadores de opiniões, só que tem que ser muito claro isso, a saúde mental não é só da residência, das unidades, e um todo, e a gente precisa ter essa rede mais flexibilizada, mas a gente tem que ter essa rede mais em comum acordo (P2).

Foi destacado que essa dificuldade em conhecer os serviços que compõem a RAPS se dá pela fragmentação da rede e pela dificuldade de diálogos entre as unidades de atenção básica e os serviços especializados de saúde mental *“eu acho que falta essa rede de comunicação, eu acho que o que falta mesmo é a comunicação entre essa rede”* (P2). Ademais, foi abordado a falta de educação permanente em saúde com ênfase na temática de saúde mental para instrumentalizar a atuação dos profissionais da atenção básica na saúde mental.

Falando um pouco da minha percepção, eu entrei no município faz pouco tempo, um ano e meio mais ou menos. O curso introdutório que a gente recebe, como agente comunitário de saúde, é extremamente básico. Ele fala um pouco da rede de saúde mental, o que tem, o que não tem, mas é bem superficial. Quando a gente chega na prática é complicado porque a gente acaba se deparando com situações que não são abordadas ali, e na maioria das vezes a gente tem que resolver. E acaba não tendo se tu não procuras, ou se algum colega não tem a informação tu acabas não conseguindo resolver aquilo. (P3).

Ademais, a importância de conhecer a RAPS para desenvolver o trabalho na unidade se traduziu em um ponto importante na percepção dos ACS sobre a RAPS. Nesse ponto foi destacado a importância de conhecer a rede para saber os caminhos a percorrer para que o usuário tenha acesso aos serviços.

Então eu acho que tem que ter protocolos que deem esse parâmetro certo, para que a gente possa dizer o, tu estás em surto, nós vamos mandar para onde? Para o PA (pronto atendimento)? Nós vamos mandar para casa de saúde? Para o HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria)? Para onde vamos mandar esse paciente, esse usuário quando ele estiver em surto (P2).

Percebe-se a falta ou não conhecimento dos protocolos de encaminhamento e fluxo da RAPS do município, que facilitem a compreensão de como proceder na situação em que é necessário encaminhar um usuário. Ainda foi pontuado a importância de aprofundar o entendimento sobre saúde mental para efetivar o direito à saúde e melhorar o manejo com os usuários.

Além disso, um ponto de destaque no grupo foi a relação entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada em saúde mental. Nesse sentido destacou-se a distância entre os serviços especializados e a APS. A percepção geral dos participantes é que houve uma regressão em relação ao que era antes, sobretudo em decorrência de eventos trágicos no município (Boate Kiss) que levaram a uma reestruturação emergencial dos serviços de saúde.

Quando deu aquela tragédia da kiss que a gente montou toda aquela força tarefa para ajudar as famílias e nos ajudar porque todo mundo entrou em surto também, eu não sei, eu tenho a impressão que agora a gente está mais distante. Antes até eu ligava e eu conseguia que avaliassem o paciente porque na minha área também tem bastante pessoas com problemas mentais, e hoje eu não consigo, não consigo nem que atendam o telefone (P1)

Outra questão abordada foi a referência e contrarreferência, que se traduz na capacidade dos serviços se comunicarem acerca das questões de saúde que estão envoltas ao usuário. Os participantes destacaram a dificuldade em construir esse processo entre o serviço especializado e a APS, e que em decorrência disso se cria uma lacuna na continuidade do cuidado desses usuários.

[...]alguém que a gente poderia ter essa comunicação mais fácil de saber um *feedback*, porque a gente encaminha um paciente para o CAPS, ok encaminhamos, as vezes o paciente não sabe contar direitinho, relatar o que aconteceu no CAPS, o CAPS também não dá esse *feedback* daí a gente fica naquilo perdida, o que que fizeram lá o que a gente vai fazer aqui. Então eu acho que é bem nesse sentido que os colegas estão falando mesmo (P4)

Outro ponto destacado na percepção dos profissionais foi à residência multiprofissional. Embora os profissionais compreendam que a necessidade do contato com

a rede deve ser feito por todos os trabalhadores da unidade, há um reconhecimento de que os residentes cumprem uma função central na articulação da rede de atenção psicossocial, e que, por vezes, essa tarefa. Nas unidades que têm residentes fica centralizada exclusivamente neles, criando uma assimetria entre as unidades com ou sem residentes. *“A gente tem reuniões periódicas com o CAPS, mais as meninas da residência, eu ainda não participei de nenhuma, mas o pessoal da residência multi consegue esse contato facilmente,”* (P4). *“[...] dentro dessa rede de CAPS, principalmente no posto como a gente tem bastante residente, a rede de saúde mental funciona.”* (P2).

Também foi desenvolvido as potencialidades que existem na RAPS, os profissionais destacaram o trabalho no território como um ponto central para o aperfeiçoamento da rede. *“Eu acho que a gente poderia focar um pouco mais nos grupos, nas comunidades porque a rede fica distante da gente (geograficamente).”* (P1). Sobre esse depoimento, o que se destaca é a necessidade de fortalecer os grupos de saúde mental desenvolvidos no território, com apoio e participação dos serviços especializados da rede.

Ao longo de todos os depoimentos, o que mais se destacou, foram as dificuldades de efetivar a RAPS segundo seus preceitos preconizados. Nesse ponto, os participantes destacam a dificuldade de diálogo entre os serviços como um dos pontos principais nessa dificuldade *“Eu ainda bato na pauta de comunicação, porque a gente nem conhece os nossos colegas, eu sinceramente, as vezes vem uma outra colega e pergunta, tu te lembra da fulana aquela, eu disse, não me lembro, nem me pergunta que eu não sei mais”* (P1).

A dificuldade de acesso aos serviços apareceu com frequência no depoimento dos participantes. *“E outra coisa que eu penso também de dificuldade é como entrar nesse fluxo”* (P2). Além disso, o manejo com usuários em surto psicótico foi um ponto recorrente, sobretudo a dificuldade de acionar serviços de urgência e emergência voltado para saúde mental *“Daí o pai chamou e disse assim, pelo amor de Deus me ajuda, eu não sei o que eu vou fazer ele está se matando, eu cheguei e ele estava puro sangue, a gente chamou o SAMU, o SAMU disse a mesma coisa que tinha que chamar a polícia* (P2) ”.

O grupo abordou com centralidade a importância de profissionais proativos nos serviços para fazer o fluxo da rede funcionar *“a gente faz parte de um elo para esse usuário, então*

eu acho que os encaminhamentos funcionam, mas a comunicação entre profissionais depende de profissional para profissional”, (P3).

Além da demanda usual de atenção à saúde mental, os participantes pontuam um aumento gradual nos casos no território nos últimos anos. Outro elemento que foi trazido no grupo é o impacto da pandemia do COVID-19 no aumento dos casos de saúde mental, sem o acompanhamento no aumento dos serviços ou profissionais na área de saúde mental, pontos esses que ampliam ainda mais as dificuldades citadas. *“talvez agora na pandemia pelo número maior de pessoas que foram para algum centro de saúde mental ficou um pouco mais complicado (p4)”*.

A pesquisa permitiu conhecer a percepção dos profissionais da APS sobre a RAPS, mesmo que de forma limitada. Como principal lacuna foi a baixa participação dos profissionais da APS, o que pode apontar para as dificuldades com o tema da saúde mental.

4. DISCUSSÕES

A estruturação das redes de atenção cria inúmeros fluxos e ordenações para a APS, essa diversidade de fluxos e serviços por sua vez pode causar uma incompreensão, por parte dos profissionais da APS, dos fluxos de encaminhamento para os serviços da atenção psicossocial. A construção e consolidação da RAPS, perpassa pelos pontos da rede, ou seja, pelos profissionais os quais constituem os serviços que compõem essa rede. Nesse sentido é primordial o esforço para desburocratizar e facilitar o fluxo do usuário nessa rede, e para tal é necessário a apropriação dessa rede pelos profissionais, para que assim, possa se efetivar os princípios que norteiam o SUS.²

No que se refere ao reconhecimento dos dispositivos da rede, o grupo concordou com a dificuldade de reconhecer quais serviços compõem a RAPS, inclusive não se reconhecendo como componente dessa rede.

“Na atuação dos profissionais de saúde percebemos que não existe uma assistência integrada. Infelizmente, cada profissional trabalha de forma isolada como se o conceito de atenção integrada e, em rede (que configura o “todo” nesse caso) não estivesse em seu íntimo”.^{10:171}

O modelo atual da rede se encontra num processo difuso, que mistura a oportunidade de avanço com a estagnação. A racionalização dos serviços que a RAPS propõe se encontra com um nível elevado de burocracias e uma complexa rede de serviços que precisam ser articulados, nesse sentido não reconhecer os serviços e não se reconhecer como parte desse todo enfraquece as possibilidades de construção do cuidado integral.²

Ainda sobre esse ponto, a fragmentação e a falta de diálogo são dificuldades que visavam ser superadas com a implementação da RAPS. No entanto, esses entraves ainda aparecem fortes na relação entre os serviços de saúde. Na prática, a ideia das RAPS esbarra em modelo engessado de pensar e fazer o cuidado em saúde, que infelizmente não consegue acompanhar o dinamismo e a complexidade dos movimentos reais das pessoas na rede.¹⁰

Entretanto, essa dificuldade de reconhecer os dispositivos da RAPS se entrelaça com uma percepção mais ampliada, quiçá mais integral do cuidado, na medida em que amplia a compreensão dos serviços que podem atuar de forma articulada com a saúde, a exemplo, serviços da rede de assistência, de educação entre outros. Essa confusão com os serviços demonstra na prática a necessidade de estabelecer redes mais efetivas e complexas, rompendo os entraves atuais que se apresentam na relação entre os pontos da rede.²

Dentro do bojo das complexas relações existentes nas RAPS se destaca a relação entre a ESF e os serviços de atenção especializada em saúde mental. Nesse sentido, o que se tem é o distanciamento e a dificuldade de realizar ações articuladas. Essa situação se dá, em parte, pelo não reconhecimento dos próprios profissionais como elementos constituintes da rede. Assim sendo, a construção de uma relação harmônica e profícua entre os serviços da rede não se dá no campo da universalização abstrata, aqui não se trata meramente de instituições, mas sim dos atores que compõem essas instituições e de que forma esses vão construir os fluxos da RAPS.

“É importante que os profissionais de saúde compreendam seu papel dentro da rede e que constituem uma fração de um mecanismo que somente funcionará se todos trabalharem, permitindo o fluxo livre entre seus diferentes pontos, que se manifesta no trabalho em equipe dentro da rede.”^{10:171}

Essa dificuldade de diálogo entre os pontos da rede é uma questão recorrente em outros estudos sobre a RAPS.^{2;17;18} Nesse sentido é importante destacar que a cobertura da

Atenção Primária à Saúde do município gira em torno de 55% da população, em relação a cobertura de de ESF é menos de 30% da população coberta, e a disponibilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não contempla todas as ESF do município.¹⁹

No que se refere a cobertura da RAPS, o município conta com quatro CAPS II, sendo dois CAPS II AD (Álcool e outras Drogas), um CAPS II Infantil e um CAPS II Transtornos Mentais Graves. Além dos CAPS o município dispõe de duas policlínicas com atendimento psiquiátrico e psicológico e um serviço de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) com ênfase em atendimento de crise suicida. Cabe ressaltar que o município não conta com a modalidade de CAPS III (24H), ainda que o mesmo se encaixe nos critérios populacionais estabelecidos pela portaria 3.088 de 2011 que trata da RAPS.²⁰

A ausência de uma cobertura mais efetiva dos dispositivos da APS impacta na possibilidade de construção de mecanismos que efetivem e promovam o diálogo e referência entre os serviços de saúde mental especializados e APS. A baixa cobertura dos serviços de APS, sobretudo as ESF, que fazem o acompanhamento dos usuários de saúde mental, se converte em um aumento da demanda centralizada nos serviços especializados de saúde mental. Ao mesmo tempo, exige dos poucos serviços da APS que deem conta das demandas transversais, como a saúde mental, sem apoio matricial, o que acarreta uma lógica ambulatorial de encaminhamento e desresponsabilização em detrimento de um acompanhamento longitudinal e da construção de espaços de promoção de saúde e prevenção de doenças, conforme está previsto para a APS.¹⁸

Alinhado a essa baixa cobertura da APS os pontos da RAPS de atenção especializada estão aquém da demanda do serviço no município, o que dificulta o desenvolvimento do cuidado a partir dos mecanismos substitutivos, como grupos, plano terapêutico singular e o envolvimento da família e comunidade nesse processo de cuidado. Por sua vez, essa demanda exacerbada acaba destituindo o caráter de cuidado longitudinal dos CAPS e instaurando uma lógica de atendimento ambulatorial, que se foca mais nos atendimentos psiquiátricos e na renovação de receitas controladas. Além disso, a ausência de um serviço de saúde mental 24h acaba criando uma lacuna de atendimento de urgência e emergência à saúde mental no

município que pode resultar na superlotação dos serviços de urgência e emergência, como os Pronto Atendimentos.¹⁸

Dentro dessa configuração dos inúmeros elementos que se entrelaçam no cerne dos serviços que compõem a RAPS, o programa de residência multiprofissional em saúde, com ênfase em saúde mental vem se constituindo como fator de importância na construção e consolidação da RAPS como apontam os resultados. Dessa forma os residentes se incorporam às equipes de ESF, especialmente as que não fazem parte da cobertura do NASF, e desenvolvem uma série de trabalhos no sentido de fortalecer a relação da APS com a RAPS.

Além disso, esse incremento que constitui uma relação mais íntima entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior do município, possibilita a construção de espaços de promoção de saúde e prevenção de doenças e momentos de diálogo e articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde mental. No entanto, um dos reflexos da inserção desses agentes nos serviços, como foi destacado, é uma transferência de responsabilidade, na medida em que as equipes das ESFs acabam terceirizando as ações e o acompanhamento dos usuários da saúde mental aos residentes e por vezes acabam se eximindo dessa demanda do território.¹⁸

Em relação a isso é importante compreender os programas de residência multi e uni, além de outras formas de inserção das universidades nos espaços da RAPS, como um processo contínuo e integral do SUS. Na mesma medida em que é uma parte dos processos também compõem o todo, e assim sendo é ao mesmo tempo uma possível solução para as dificuldades como também está permeado pelas próprias contradições que ampliam as problemáticas na RAPS.¹⁰

Dessa forma, Merhy¹¹ propõe uma nova perspectiva para construção das redes de saúde que se encaixa perfeitamente na construção da RAPS e evidencia as potencialidades destacadas no estudo. A ideia de trazer a micropolítica das relações para o cerne do debate de redes, entre outras coisas, evidencia a potencialidade dos usuários na construção do seu

cuidado e promove autonomia, questões que dialogam diretamente com os princípios que constituem o modelo da reforma psiquiátrica e que por sua vez estruturam a RAPS.

Sendo assim, as formas para superar as questões que estão postas na atualidade, perpassam o aprofundamento das relações de vínculo entre os profissionais e os usuários da saúde, assim como as relações de trabalho entre os profissionais que compõem os diversos pontos da RAPS.

“Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento.” ^{11:157}

Nesse sentido é imperativo trazer a vida para a RAPS, ou seja, desconstruir esse modelo engessado e burocratizado por meio dos processos institucionais exacerbados, e assim, galgar para uma nova forma de compreender a rede, que coloque o usuário e os profissionais como epicentro desse processo, com suas vidas e vivências, e com as inúmeras possibilidades imbricadas nessa Rede Viva.

“A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de leques de opções, de cartas na manga, de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida.” ^{11:159}

O desafio que se coloca a partir disso é do tamanho da necessidade da mudança que a RAPS exige. Nesse sentido é preciso se debruçar sobre as possibilidades de reconstruir nossos saberes e práticas, se despir dos velhos hábitos generalistas e difusos, para construir um caminho mais coeso e pautado nas verdadeiras formas de construir o cuidado humanizado, para além dos planos e propostas, mas para uma possibilidade de viver a vida e lidar com as complicações inerentes a esse processo de forma digna. Um dos caminhos mais profícuos para superar este desafio é apostar no convite de conhecer a rua e seus sinais.¹¹

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pois bem, já é notório os avanços que a implementação das redes de cuidado em saúde, em especial da RAPS representam para o cuidado em saúde e a efetivação dos princípios do SUS, no entanto é visto que há muito chão a percorrer para de fato tornar real aquilo que ousamos um dia sonhar como SUS. Aperfeiçoar e aprimorar a RAPS é um caminho que perpassa a efetivação desse SUS.

Nesse sentido, as questões levantadas neste estudo não são novas e infelizmente não serão superadas tão logo. Efetivar a RAPS e fazer conhecer os serviços que constituem os pontos dessa rede, assim como aprimorar a relação entre os serviços especializados de atenção à saúde mental e os serviços de saúde da APS são pontos nevrálgicos para melhoria da RAPS. Ficou evidente nos depoimentos dos profissionais as inúmeras dificuldades na efetivação da RAPS, como também as potencialidades que essa rede carrega em si, reconhecer as problemáticas a serem superadas é um processo importante, mas mais importante ainda é conseguir pensar como fortalecer e ampliar as potencialidades que se apresentam nesse enredo.

Os últimos anos marcaram avanços das forças conservadoras e neoliberais no Brasil e no mundo, isso representou, sobretudo, a perda de direitos historicamente constituído em diversas áreas da vida como, nas questões trabalhistas, nas liberdades individuais e nos preceitos democráticos e participativos que estruturam a sociedade moderna. A implementação de um Estado mais autoritário e de políticas de austeridade, a exemplo a Emenda Constitucional 95, que limita os gastos do poder público com saúde, educação, políticas de assistência, entre outras impacta diretamente nos determinantes de saúde, o aumento da fome e do desemprego são elementos que ampliam o sofrimento mental da população e se colocam como impeditivos na construção de um processo de cuidado pautado no usuário.

Esses avanços se materializam com o desfinanciamento contínuo das políticas públicas entre elas o SUS, isso se coloca como mais um desafio em meio aos já destacados. Além disso, uma série de portarias, decretos e leis do governo federal reordenam as estruturas governamentais e promoveram retrocessos no acesso e na concepção de diversas políticas de saúde. Entre elas, a política de saúde mental que vinha num processo de inversão de

financiamento, agora num crescente de financiamento de comunidades terapêuticas, muitas ligadas a instituições religiosas, deslocadas da concepção de direito que o Estado constituiu.

Nesse sentido, se faz necessário compreender além daquilo que está posto, e desvelar aquilo que se entranha nos processos. Visualizar a disputa de mundos e éticas que está no pano de fundo dessas questões. A efetivação do SUS, da reforma psiquiátrica e da RAPS não é mera questão trabalhista ou produtivista, essas possibilidades carregam em si uma disputa entre os mundos possíveis e os interesses escusos de alguns setores que colocam o lucro acima do direito à vida digna e de qualidade. Dessa forma, reconhecer em que lado dessa disputa cada proposta se coloca é fundamental para compreender a possibilidade de efetivação destas.

Com isso, esse estudo visa contribuir para a produção científica em relação a RAPS a APS e a saúde mental, além de fortalecer a implementação dos princípios do SUS e endossar as fileiras da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil. Também procura evidenciar a importância dos programas de residência multiprofissionais para fortalecer a construção do SUS e as potencialidades que essas vivências têm em construir alternativas viáveis e transformadoras nos serviços em que se colocam.

Por fim, em relação aos limites que se apresentam neste estudo cabe destacar a baixa adesão dos profissionais do município, o que dificulta a compreensão mais ampla das percepções da APS em relação a RAPS. Também é oportuno destacar as dificuldades de avançar na metodologia das narrativas, em decorrência das implicações que o isolamento social impôs no momento da elaboração do estudo.

6. REFERÊNCIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO. 1º DE JULHO DE 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/POP2021_20220711.pdf
2. GARCIA, G.D.V et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.
3. BRASIL. **Lei N.º. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de setembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 03 maio 2021.
5. Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Disponível em: .
6. BRASIL. Portaria n o 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 27 dez.
7. SAMPAIO, Mariá Lanzotti e BISPO, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021, v. 37, n. 3. Disponível em: .
8. Onocko-Campos, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019, v. 35, n. 11.
9. Auditoria cidadã da diva. GASTO COM DÍVIDA PÚBLICA SEM CONTRAPARTIDA QUASE DOBROU DE 2019 A 2021. 15 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gasto-com-divida-publica-sem-contrapartida-quase-dobrou-de-2019-a-2021/>
10. Arruda, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery*. 2015, v. 19, n. 1, p. 169-173. Disponível em: .
11. Merhy EE, Gomes MPC, Santos MFL et al. Redes Vivas: multiplicidades girando sobre as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52:153-164.
12. MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

13. ONOCKO CAMPOS, R. **Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos.** Revista de Saúde Coletiva. 2011, v. 21, n. 4, pp. 1269-1286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>>.
14. GADAMER, H-G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Petrópolis: Vozes, 1997.
15. RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias; organização, tradução e apresentação de Hilton Japiassu.** Rio de Janeiro, F, Alves, 1990.
16. CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. **Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.
17. Santos, Roseléia Carneiro dos e Bosi, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 5.
18. Hirdes, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, v. 20, n. 2 pp. 371-382.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Cobertura da Atenção Básica. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
20. Secretaria Municipal de Saúde. Serviços de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-servicos-de-atencao-psicossocial>