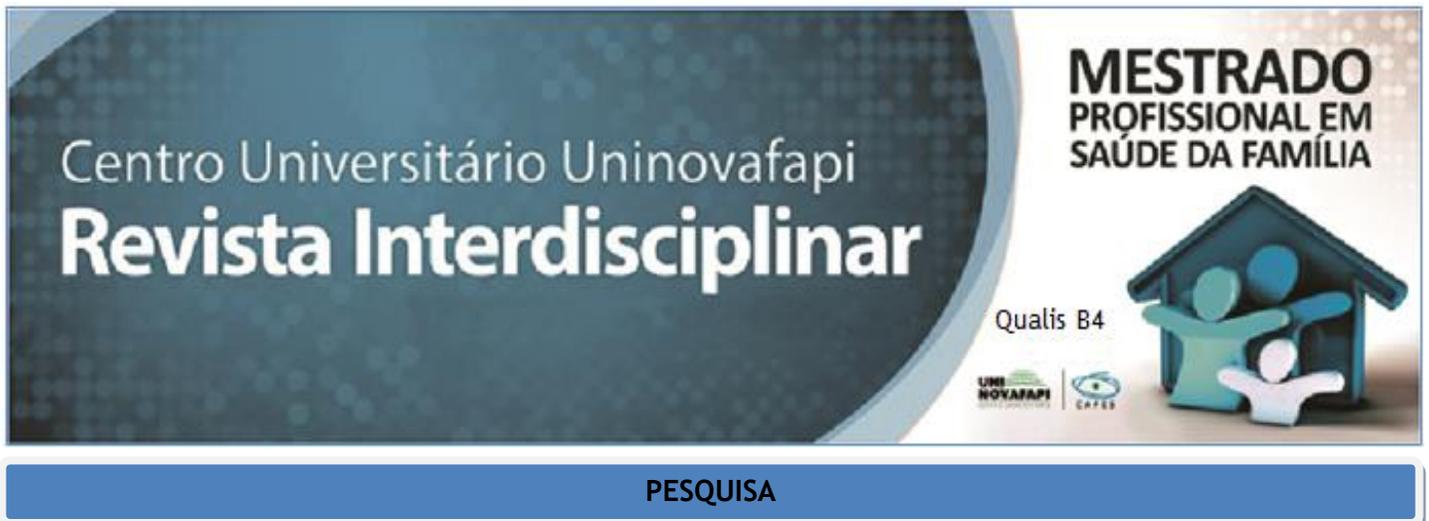


Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.



## PESQUISA

**A integralidade do centro de atenção psicossocial à rede de serviços de saúde**  
*Completeness of psychosocial care center to the system of health services*  
*Integridad del centro de atención psicossocial para el sistema de servicios de salud*

Israel Coutinho Sampaio Lima<sup>1</sup>, Sérgio Beltrão de Andrade Lima<sup>2</sup>**RESUMO**

O estudo teve como objetivo identificar como ocorre a conformação da rede dos serviços em saúde junto à Atenção Psicossocial. Estudo Fenomenológico com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória realizado no Centro de Atenção Psicossocial I, em um município polo da região dos Sertões de Crateús no Estado do Ceará, com dez profissionais que aceitaram participar do estudo, entre os meses de setembro e outubro de 2014. Foi utilizado um roteiro semiestruturado para a coleta de dados, os quais, foram categorizados conforme Minayo. Os resultados demonstraram que há fragilidades nos processos que envolvem a integralidade e longitudinalidade da rede de serviços em saúde. Conclui-se que há falhas na integralidade da rede de serviços em saúde com o Centro de Atenção Psicossocial em detrimento das inconformidades sob a horizontalidade da rede de saúde, havendo comunicação deficiente entre a atenção primária, secundária e a terciária. **Descritores:** Gestão em Saúde. Saúde Mental. Integralidade em Saúde.

**ABSTRACT**

The study aimed to identify as given to the conformation of the network of health services by the Psychosocial Care. Phenomenological study with qualitative, descriptive and exploratory approach. Held at the Psychosocial Care Center I, in a municipality of the region polo Sertões Crateús of the State of Ceará, with ten professionals who agreed to participate, between the months of September and October 2014. A semi-structured script for data collection was used, which were categorized as Minayo. The results showed that there are weaknesses in processes involving the completeness and longitudinality network of health services. It is concluded that there are flaws in the whole of the health service network with the Psychosocial Care Center at the expense of non-conformities in the horizontality of the health system, with poor communication between primary, secondary and tertiary to. **Descriptors:** Health Management. Mental Health. Completeness Health.

**RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo identificar como se da a la conformación de la red de servicios de salud por la atención psicossocial. Estudio fenomenológico con enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio. Celebrada en el Centro de Atención Psicossocial I, en un municipio de la región del polo Sertões Crateús del Estado de Ceará, con diez profesionales que aceptaron participar, entre los meses de septiembre y octubre de 2014. Se utilizó un guión semiestructurado para recolección de datos, que se clasifica como Minayo. Los resultados mostraron que existen debilidades en los procesos que implican la red exhaustividad y longitudinalidad de los servicios de salud. Se concluye que hay fallas en el conjunto de la red de servicios de salud con el Centro de Atención Psicossocial a expensas de no conformidades en la horizontalidad del sistema de salud, con la falta de comunicación entre primaria, secundaria y terciaria para. **Descritores:** Gestión de la Salud. Salud Mental. Salud Integridad.

<sup>1</sup>Mestrando em Saúde da Família, pela Universidade Estácio de Sá - UNESA|RJ. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistema em Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Graduado em Enfermagem, pela Associação Teresinense de Ensino - ATE|FSA. Brasília - DF. E-mail: isracoutinho@hotmail.com. <sup>2</sup> Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírío Libanês. Docente da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Assessor Técnico da Coordenação da Unidade de Gerenciamento de Projetos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 permitiu grandes avanços quanto à atenção à saúde no Brasil, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele momento, a saúde deixou de ser direito de poucos, tornando-se direito de todos e dever do Estado (PAES et al., 2013).

Para que esse direito seja efetivado, as ações e os serviços públicos em saúde devem desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde integralmente. Que tais serviços estejam integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, sustentada por diretrizes organizativas e princípios doutrinários que assentam o Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Sendo fundamental que se tenha uma Rede de Atenção à Saúde, que segundo o Ministério da Saúde (2011a) compreende um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Portanto, a partir deste conceito, pode-se reconhecer que as práticas de cuidados em Saúde Mental requerem a mesma lógica de organização.

Embora sendo visto no escopo político constitucional de direito à saúde, expresso no SUS, estratégias que envolvam a ampliação das relações intergovernamentais, no que se trata de regionalização, acessibilidade e coparticipação, tais pressupostos ainda não estão plenamente adequados ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, como o princípio organizativo da regionalização, que impacta diretamente a estruturação de redes assistenciais e o acesso do usuário aos serviços (ALMEIDA; ACIOLE, 2013).

Tamanha desorganização sob o processo de planejamento acaba por gerar estratégias falhas e díspares de descentralização, regionalização e integralidade, com ênfase nos municípios, vistos R. Interd. v. 8, n. 4, p. 19-29, out. nov. dez. 2015

como células isoladas, sem um enfoque regional e sistêmico e com destaque tardio da regionalização na política nacional de saúde. Além de persistirem indefinições quanto ao papel dos governos estaduais e exacerbação de conflitos e dificuldades para a coordenação e cooperação intergovernamental (VIANA; LIMA, 2011).

Franco, Magalhães e Helvécio (2006) são categóricos quanto à necessidade da articulação entre os diversos coordenadores dos diferentes serviços de saúde, pois causaria grande impacto para diminuir a fragmentação do cuidado. O que leva a crer que a importância de se elaborar instrumentos e estratégias que garantam fluxos diversos entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária aos usuários deva ser permanente.

Diante da disposição fragmentada dos serviços e a falta relacionada à implementação do programa de referência e contrarreferência eficazes, os usuários tendem a buscar vários serviços ao mesmo tempo, na busca da resolução de seu problema, sendo o hospital a porta de entrada evidente para este sujeito, tornando o sistema saturado e ineficaz, denominando-se “demanda reprimida”, ligada a clientes “poliqueixosos”, já que, os usuários buscam os serviços a partir de sua condição de acessibilidade, rapidez e capacidade de resolução de problemas, construindo fluxos assistenciais com diversas portas de entrada (PAES et al., 2013).

Assim, Silva e Benito (2012) entendem que os diversos níveis de atenção à saúde, a organização, a garantia de acesso, ações e decisões tomadas por gestores, a relação e realidade social são desafios para a gestão municipal assim como para os trabalhadores da saúde.

É por se ter em vista a acessibilidade, integralidade e resolubilidade dos dispositivos em saúde, que a Portaria nº 3.088 de 2011, a qual

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A. institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento mental e com necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, traz no art. 5º a conformação da rede de serviços do SUS, a qual deve dispor: de Unidade Básica de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Serviço de Atenção Móvel a Urgências; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; Hospitais e Pronto Socorros (BRASIL, 2011c).

Tendo isso em vista, a literatura emplaca como estratégia resolutiva sobre a reorganização do fluxo e sobre a qualidade da assistência o Apoio Matricial, que para Minozzo e Costa (2013) configura-se como suporte técnico ofertado às equipes de Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas. Esta estratégia é consoante com a política de saúde mental, que prioriza a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os usuários que necessitam de atenção.

O matriciamento neste cenário fortifica e capacita os profissionais que estão envolvidos no serviço de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, tendo foco na saúde mental, promovendo uma visão abrangente de aspectos sociais e políticos, assim como o conhecimento teórico que embasa sua prática, o vínculo destes em relação ao trabalho e desempenhando a percepção de suporte e reciprocidade acerca da instituição de trabalho (ALVES; DOURADO; CÔRTEZ, 2013).

Pois, não se pode negar que gestores e profissionais que compõem a gestão vivam em constante tensão entre os interesses da população e dos grupos que detêm o poder instituído, os quais coexistem e tornam a produção de saúde um

grande desafio, mesmo tendo a possibilidade para intervir e gerar mudanças no encaminhamento das políticas públicas tanto a partir de práticas que fortaleçam os espaços formais de pactuação, como os Colegiados de Gestão Regional, Conselhos de Secretários de Saúde, Conselhos Municipais, mesa de negociação, ultrapassando assim o modelo biomédico, focalizando nas necessidades da comunidade a qual vive (SILVA; BENITO, 2012).

Para isso, faz-se necessário um melhor entendimento da cultura organizacional e daqueles que se encontram na primeira linha de uma reforma, a qual ajudará a identificar os desafios menos explícitos que irão surgindo no processo de gestão em saúde (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014).

É buscando compreender a conformação operacional das políticas que envolvem à integralidade dos serviços de saúde com foco na Atenção Psicossocial que o estudo teve como objetivo identificar como que se dá à conformação da rede dos serviços em saúde junto à Atenção Psicossocial, especialmente na relação com a Atenção Primária em Saúde e demais pontos de atenção da Rede de Serviços.

## METODOLOGIA

Estudo Fenomenológico com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Desenvolvido através do trabalho de pesquisa intitulado “Dificuldades vivenciadas por profissionais frente à gestão do Centro de Atenção Psicossocial” ligado ao curso de pós-graduação em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Trabalho realizado no Centro de Atenção Psicossocial I, em um município polo da região dos Sertões de Crateús no Estado do Ceará, com porte populacional girando segundo o IPECE (2012) entorno de 72.812 habitantes, o qual dá suporte a

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A. mais quatro municípios circunvizinhos, estes juntos somavam 89.871 habitantes, com seis mil usuários cadastrados.

Tendo em sua estrutura física: recepção, sala de reuniões, sala da coordenação, serviço de arquivo médico (SAME), consultórios: de enfermagem, de terapia ocupacional, de assistência social, médico, psicoterapêutico; farmácia, banheiro masculino e feminino, posto de enfermagem, área de convivência, auditório, refeitório e cozinha, com uma equipe multidisciplinar composta por Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Médico, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Residentes em Saúde Mental e profissionais de nível médio como: técnicos de enfermagem, cozinheira, porteiro, recepcionista, atendente de farmácia, pessoal administrativo e motorista.

Os sujeitos do estudo foram dez profissionais que exerceram atividades assistenciais e de gestão no Centro de Atenção Psicossocial I, como: coordenador da unidade e profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, e residentes em saúde mental das já áreas mencionadas. Os dados foram produzidos entre os meses de setembro e outubro de 2014, por meio de um roteiro semiestruturado, em que a primeira etapa constituiu a caracterização dos sujeitos do estudo com perguntas fechadas, a segunda etapa conformou-se através de perguntas abertas as quais foram gravadas em MP3.

As falas dos entrevistados foram ouvidas, transcritas na íntegra e organizadas de acordo com a similaridade do conteúdo, de maneira que permitiu uma melhor compreensão dos sentidos, buscados nos objetivos da pesquisa, sendo esses depoimentos analisados e interpretados conforme Minayo (2008).

Surgindo assim, a categoria: Resultados, Desfechos e Lacunas da Comunicação em Rede de R. Interd. v. 8, n. 4, p. 19-29, out. nov. dez. 2015

## *A integralidade do centro de atenção psicossocial...*

Saúde. O estudo obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo protocolo CAAE: 36971014.0.0000.5534, o qual obedeceu conforme o Conselho Nacional de Saúde a Resolução nº 466/2012.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

### **Caracterização dos Sujeitos do Estudo**

Dos dez entrevistados, apenas um é do sexo masculino, quatro possuíam idade variando entre 26 a 28 anos e seis sujeitos entre 32 a 38 anos. No que se refere ao estado civil, seis eram solteiros e quatro eram casados. Quanto a qualificação profissional, um tinha formação em Medicina, com especialização em Medicina do Trabalho e Saúde Mental; dois em Terapia Ocupacional, um com especialização em Gerontologia e um em Desenvolvimento Infantil; dois em Psicologia, um com especialização em Intervenções Comunitárias e Políticas Públicas, um em Neuropsicologia e Terapia Cognitivo Comportamental; três em Serviço Social, um com especialização em Saúde Mental; três em Enfermagem, ambos com especialização em Saúde Mental, não havendo especialistas em Gestão em Saúde entre os sujeitos do estudo.

Ao analisar o tempo de formação acadêmica, o mesmo ficou em torno de um ano a dez anos, e de seis meses a sete anos o tempo de vínculo com a unidade. Quanto ao cargo que exerceu, do total de sujeitos do estudo, um possuía cargo de gestão, três eram residentes e os demais exerciam cargos assistenciais. A renda mensal dos profissionais envolvidos no estudo apresentou-se da seguinte forma: oito profissionais recebem três a quatro salários mínimos, um profissional recebe cinco a sete

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.  
salários mínimos e um profissional recebe acima de sete salários mínimos.

A partir da análise e discussão categórica surgida dos depoimentos dos entrevistados, pode-se compreender como que se dá à conformação da rede dos serviços em saúde junto à Atenção Psicossocial, especialmente na relação com a Atenção Primária em Saúde e demais pontos de atenção da Rede de Serviços. E desta compreensão emergiu a seguinte categoria:

### **Resultados, Desfechos e Lacunas da Comunicação em Rede de Saúde**

Esta categoria demonstra à percepção dos profissionais envolvidos na gestão e assistência sobre os desfechos e as lacunas da organização da rede de serviços em saúde. Portanto, esta categoria desvela os resultados do processo de gestão da rede de saúde e sua interligação com o serviço de Atenção Psicossocial, evidenciando as lacunas e desfechos deste percurso.

É considerando este percurso, que a utilização dos serviços de saúde é evidenciada como produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde, em que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços. O acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa agir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (GOUVEIA et al., 2011).

Portanto, a construção de um serviço que se proponha atender a inserção do usuário com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos é de extrema importância para os usuários (OLIVEIRA et al., 2014).

Com o intuito de analisar o pressuposto desejado e o que se apresenta em nossa R. Interd. v. 8, n. 4, p. 19-29, out. nov. dez. 2015

realidade, a contextualização das falas demonstra a fragilidade da rede de saúde e sua articulação mútua. O processo de gestão em rede requer que os serviços de atenção primária, secundária e terciária se comuniquem entre si, almejando prover acessibilidade e resolubilidade aos problemas de saúde dos usuários.

Pode-se observar que, tal percurso possuiu um protocolo o qual é impresso, e que dificulta a comunicação deste instrumento com as demais unidades que compõem a rede, uma vez que, esses serviços não foram estruturados para trabalhar em conformação linear, pelo princípio da horizontalidade, conforme segue os depoimentos:

[...] existe protocolos de referência e contrarreferência, a maior referência vêm para cá, tanto dos PSF, CRASS, Ministério Público [...] o que pega mais assim é a parte do PSF, porque está sendo feito o matriciamento, ainda tem muita essa visão que todos os atendimentos de saúde mental devem ser feitos aqui no CAPS e não é [...] as vezes vêm muitos casos que podem ser tratados na própria Unidade Básica de Saúde [...] teve um período que estava andando bem, mais houve muita mudança de médicos. Tivemos que começar novamente o matriciamento para poder conscientizar esses médicos da importância deles estarem trabalhando com esses pacientes que têm casos mais leves, que podem tá sendo acompanhados por lá [...] (01L)

[...] nós temos protocolos de referência e contrarreferência, são protocolos impressos, quando há a necessidade de encaminhar para outra instituição, por exemplo, há aquela dificuldade da pessoa que vai receber e da instituição de fazer o agendamento, dar resposta e dar retorno [...] se vou encaminhar um paciente para o hospital minha primeira atitude é ligar para o assistente social do hospital, porque a gente não tem a certeza que a pessoa vai ser atendida. Nossa maior dificuldade de relação é com as Unidades Básicas de Saúde [...] se eximem da maioria dos atendimentos [...] o problema não é só do CAPS, o problema é da rede [...] agora que estamos tendo novamente o matriciamento [...] há conversa, que tipo de público a gente atende, que tipo de demanda eles podem enviar para cá, como que pode ser feita essa integração e parceria [...] com a chegada dos residentes da Escola de Saúde

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.

Pública, está havendo o matriciamento. Eles estão visitando as Unidades Básicas [...] estão compartilhando o conhecimento, isso não existia. Está tendo um resultado positivo, porque pelo menos agora quando o usuário procura a Unidade Básica, eles estão tendo outra visão [...] Já passei mais de duas horas com paciente em crise na fila do hospital e sinceramente acho um absurdo. Quando falamos que é paciente do CAPS, não há diferenciação, já teve vezes que tivemos que intervir nesta situação. Há dificuldade de acesso, usuário chega no hospital entra e sai vai embora e ninguém faz nada [...] (02E)

[...] territorialmente temos uma abrangência muito ampla, isso dificulta a parte logística, de transporte, acessibilidade, de dar uma atenção continua a pacientes com transtornos severos, seja num interior bem distante. Essa integração é muito falha [...] a referência e contrarreferência é falha, não existe a referência e contrarreferência online, a parte logística é paupérrima, falta até papel as vezes [...] o paciente vem aqui e diz: “olha Dra. fui na UPA, aconteceu isso e isso” [...] nós relatamos no prontuário de acordo com o que ele diz, as vezes ele nem vai. Tem casos, que ele vai no PSF, é feito encaminhamento em receituário médico, informando que ele tem que ir no CAPS renovar a receita. Coisa que ele pode renovar no PSF dele [...] se o paciente tem problema de dente, dor de barriga, aí vai para o CAPS [...] eles acham que por ser usuário do CAPS, é só do CAPS [...] as vezes há bullying, por ser paciente do CAPS, é rejeitados na porta de entrada do serviço [...] nosso manejo é ter paciência e explicar para os atendentes, agentes de saúde, se pode tá agendando com antecedência, para evitar transtornos. Se essa rede pode ser construída, mesmo sendo de forma informal, que minimize o mal atendimento dado ao usuário [...] (03A)

[...] a gente recebe muitos paciente da Atenção Básica que poderia ser recebidos lá, até pacientes neurológicos, sem necessidade [...] a gente acaba dando a contrarreferência para ser acompanhados em outro setor, mais funciona pouco. Acaba o paciente retornando para nós, pela dificuldade lá [...] o matriciamento até que tá andando, porque os meninos começaram a fazer, porém como tem muita rotatividade dos profissionais do PSF, como os médicos, a gente tem que tá sempre estimulando eles, mais não é tão efetivo [...] (04S)

[...] Uma das grandes dificuldades que nós temos é ter algum usuário da saúde mental

na Atenção Básica, nem todos os profissionais são sensíveis para trabalhar com saúde mental, eles acham que não devem acompanhar no PSF, e sim no CAPS [...] em relação ao hospital para encaminhar é outra dificuldade, na maioria das vezes o usuário só é atendido quando tá acompanhado por algum profissional da instituição, eu acho que não era para acontecer isso, é como se não fosse responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família e do hospital em tá atendendo aqueles usuários [...] e saúde mental todas as unidades tem que fazer, atenção primária, secundária e terciária [...] existe protocolos de referência e contrarreferência impresso, mais vai e não volta. Há o matriciamento que está sendo realizado pelos residentes, mais não há adesão total dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família [...] (05G)

[...] alguns casos atendemos mesmo devido à falta de médicos nas equipes de Saúde da Família [...] os residentes estão aqui, estão abraçando a causa do matriciamento. Falta participação da médica, porque ela só tá aqui duas tardes, se formos tirar o tempo dela para matriciamento não atenderá. Mais estamos tendo dificuldade de adesão dos profissionais médicos [...] a contrarreferência ainda tá falia, é um protocolo impresso universal do município. Não tá tendo, nem de um lado nem do outro [...] a gente iniciou o matriciamento em 2012, quando estamos com a equipe completa [...] a gente ia na unidade falando o que era o CAPS, que tipo de atendimento faz. [...] tivemos uma boa aceitação. Lógico, sempre tem aquele profissional com dificuldade em aderir, principalmente os médicos e dentistas, mais tivemos adesão de todos os enfermeiros, agente de saúde e alguns médicos [...] a gente observou a redução da nossa demanda, e que esse usuário estava sendo acompanhado lá. Porém, tem um problema grande, a rotatividade de profissionais, entrava um novo médico na equipe, são vinte e três equipes de saúde, a gente não tinha condição de voltar para tá fazendo esse matriciamento mais vezes durante um mês, já sabíamos que a equipe tal mudou de médico, aí já começava a receber novamente várias referências de transtornos mentais que poderiam está sendo resolvido lá [...] (06Z)

[...] ainda hoje falamos em referência e contrarreferência, e desde 2003, foi lançado uma cartinha do Ministério da saúde, pelo departamento de saúde mental dizendo que o apoio matricial é regular a Atenção Primária. Ainda, vemos que hoje nem a referência e contrarreferência conseguimos fazer. As vezes aqui no CAPS,

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.

fazemos a referência para o hospital, mais a contrarreferência, ainda não vem. Ainda há dificuldades, há falhas na comunicação [...] o apoio matricial, a gente tá tentando agora, para adentrar a Atenção Primária [...] a gente não consegue mobilizar as equipes, porque estão muito voltadas ao modelo biomédico e também porque a demanda é muito grande [...] uma médica que tem milhares de pessoas para atender, como é que ela vai parar toda aquela demanda, para fazer apoio matricial, para sentar em equipe. Tem a questão da demanda, da formação, ora se eles não tem uma formação nesse novo viés de SUS, da importância do trabalho em redes, se eles não tem essa formação desde a graduação, eles não darão importância a isso [...] a residência veio para isso, confrontar esse modelo biomédico, mais só estamos conseguindo fazer em duas unidades, nas quais tem residentes, porque os outros profissionais têm uma resistência enorme ao apoio matricial e ao trabalho coletivo [...] [...] (07B)

[...] é até uma coisa que questionamos muito, porque será que seria necessário essa guia de referência [...] o que a gente tenta fazer é dá a contrarreferência para o enfermeiro e o médico, que a pessoa esteve aqui [...] mais é feito contato telefônico mesmo, é um meio informal porque nem é protocolado [...] estamos tentando fazer o matriciamento, acertamos em algumas coisas e erramos em outras [...] o compromisso da Atenção Básica eu sinto que é faliu, porque marcamos encontros, estudo de caso, marcamos visitas, eles faltam. Mais mesmo assim, com essas tentativas que me sinto frustrada, já percebi que mudou muitas coisas, o dentista do centro já atende [...] a gente é meio faliu, porque não somos preparados para aquele cuidado, porque o limite do que é da Atenção Básica e do CAPS é difícil de ser estabelecido [...] porque, todo sofrimento mental, todo mundo acha que deve ser cuidado aqui no CAPS [...] como já procurei a Atenção Básica, eles falaram que é aqui [...] uma pessoa, só porque brigou com o namorado, tá chorando por três dias, ela acha que é aqui que vai resolver [...] (08W)

[...] a referência e contrarreferência, há mesmo escrito a caneta, eu recebo geralmente dos PSF e quando eu consigo ver o paciente na volta eu mando a contrarreferência, mais nem sempre eu faço. A gente, manda muita referência para o hospital e nem sempre recebemos a contrarreferência e nem resumo de alta, para poder acompanhar à conduta [...] (09J)

A abordagem sobre o apoio matricial é apresentada no contexto das falas, como sendo uma estratégia eficaz, que poderia transformar a reorganização do percurso metodológico, que diz respeito à referência e contrarreferência, pois o matriciamento favorece a corresponsabilização, por meio da interlocução entre a saúde mental e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, através da construção pluralista e coletiva de saberes, favorecendo assim, uma melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores, através da implantação da rede de saúde, pela discussão da temática saúde mental, e pela corresponsabilização da rede de serviços em saúde sobre os problemas vivenciados por seus usuários.

Para Barros, Jorge e Pinto (2012), as práticas em saúde mental priorizam o processo de articulação para a construção compartilhada das possibilidades de inserção social do usuário no território. Tais práticas apostam na transversalização como premissa para a potencialização da autonomia do indivíduo. Situação em que o direito a saúde e ao exercício da cidadania é possibilitado pela interlocução entre os diversos dispositivos sociais e comunitários. Situação está desvelada neste cenário como difícil, devido à falta de comunicação e interação entre as equipes de atenção primária, secundária e terciária, onde não é observado o empenho dos profissionais e da gestão sob o processo que deveria promover a interligação das unidades de saúde da região e , a gestão, por sua vez, ao tentar dirimir a fragmentação das relações entre os serviços, instituiu um programa de referência e contrarreferência em protocolo impresso, no entanto, não subsidiou um método que incluísse todos os profissionais da rede neste processo o qual tem em seus objetivos a reorganização do fluxo de usuários, pelo acesso e resolubilidade de seus problemas.

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.

Ainda, não deixou evidente as atribuições dos serviços primários, secundários e terciários, neste contexto conforme depoimentos, recaindo assim, tal responsabilidade para a atenção secundária, nele em específico o Centro de Atenção Psicossocial que, através do apoio matricial, tenta desenvolver um processo terapêutico pedagógico, junto as demais equipes de saúde, através do estudo de casos, perfil de atendimento da Atenção Psicossocial, confronto do modelo biomédico, priorização da assistência aos sujeitos com transtornos mentais, e corresponsabilização em rede do atendimento em saúde mental.

Contexto este que se faz contraditório diante da Portaria 3.088/2011, uma vez que, a rede de serviços em seu planejamento já deveria nascer articulada e integrada conforme o art. 5º da Portaria supracitada, através interrelação da atenção primária; de serviços em urgência e emergência; da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; da vigilância em saúde, além da atenção psicossocial. O parágrafo único do mesmo decreto ressalva que as Comissões Intergestores devem pactuar as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação. E que os serviços em saúde através de seus gestores devem assegurar aos usuários acesso universal, pautado na integralidade, equidade, organização e monitoramento de fluxos de usuários (BRASIL, 2011b).

Esta rede deve possuir protocolos de referência e contrarreferência, os quais estabeleçam critérios de acesso, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004).

A conformação apresentada pelas falas representam uma suposta desagregação da rede, a qual se opõe aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS, os quais resguardam o

fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinariedade, a grupalidade, a alta conectividade em rede, de modo solidário e cooperativo conforme as diretrizes do SUS e a utilização da informação, da educação permanente, da comunicação e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos (BRASIL, 2011a).

Tais afirmativas tornam claras a fragilidade, a fragmentação ou a inexistência de uma rede de cuidados e a falta de comunicação entre as equipes de saúde, o que inviabiliza, muitas vezes, a estratégia primaz para a reorganização dos fluxos de usuários e suas necessidades (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Com isso, a fragmentação apresenta-se neste cenário supostamente devido à falta de educação permanente, adequabilidade do profissional ao serviço, escassez de mão de obra, principalmente o profissional médico, rotatividade de profissionais, e vínculos empregatícios frágeis. O que acaba por desagregar e dificultar o desenvolvimento efetivo do apoio matricial.

Tesser e Sousa (2012) ressaltam que a longitudinalidade é muito rara, prejudicada pela alta rotatividade dos profissionais, pois a interdisciplinaridade pouco ocorre, devido à herança do trabalho hierárquico e monodisciplinar, em que, a qualidade do cuidado é precária, já que a coordenação do cuidado inexistente, e resume-se aos encaminhamentos ou referências.

Atrelado a isso Onocko-Campos et al. (2012) inferem que a falta de preparo dos profissionais alocados na atenção primária pode ser um dos motivos das dificuldades em fortalecer e promover a saúde mental, como a falta de corresponsabilidade em atender a demanda que possui problemas mentais leves. E que a rotatividade de profissionais na Unidade Básica de

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.  
Saúde, principalmente de médicos, prejudica a continuidade das propostas apresentadas pelo apoio matricial. Desta forma, faz-se necessário trabalhar e investir em estratégias inovadoras, para que os serviços fragmentados funcionem de forma coordenada e abrangente e desempenhem a função de prevenção na comunidade.

Além disso, a fragilidade das redes que realizam o cuidado, não propicia momentos de interlocução entre os serviços de maneira que atenda às necessidades particulares e demandas dos seus usuários, assim como, dos trabalhadores. Quem acaba sofrendo pela sensível condição da rede são os usuários e seus familiares, que se beneficiariam com essa forma de cuidados colaborativa entre a atenção primária e a saúde mental (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Tal situação supracitada pode ser vista também em nosso estudo, pois a grande demanda de usuários que busca atendimento na rede de saúde pública, corrobora para a inviabilização ou dificuldade sob o processo interdisciplinar comunicativo entre os diversos dispositivos da rede. A dificuldade maior entre relação é tida entre a Atenção Básica, uma vez que, se eximem dessa responsabilidade, tornando o labor da Atenção Psicossocial desgastante.

Esse desgaste é citado dentro das unidades pela oferta fragilizada do quantitativo de profissionais para atender a grande demanda de usuários, o que inviabiliza ou dificulta a participação dos membros das equipes de forma geral sob o processo de educação permanente através do apoio matricial.

Aliando-se a isso, a inabilidade em se trabalhar com a saúde mental, ou o não desejar adentrar nesta área laboral, a qual é enfatizada por Machado e Camatta (2013) quando eles mencionam a dificuldade destes trabalhadores em compreender a real utilização do matriciamento, criando obstáculos para sua implantação.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que há falhas na integralidade da rede de serviços em saúde com o Centro de Atenção Psicossocial em detrimento das inconformidades sob a horizontalidade da rede de saúde, havendo comunicação falha entre a atenção primária, secundária e a terciária. Os protocolos de referência e contrarreferência são demonstrados como insatisfatórios devido a não adesão dos profissionais, falta de preparo e por não ser um instrumento informatizado demandam tempo para preenchimento e seu transporte fica sobre responsabilidade exclusiva do usuário.

O matriciamento neste cenário é demonstrado como fundamental para a resolubilidade das necessidades encontradas pelos usuários dos serviços de atenção em saúde mental e demais dispositivos. Pode-se considerar que tal estratégia enfrenta embates sobre a adesão da equipe de Atenção Básica, deficiência de profissionais e demanda reprimida de usuários que buscam acesso aos serviços, o que dificulta a disposição de tempo das equipes para participar de tal processo, além da falta de incentivos despendidos pela gestão municipal sob a organização dos fluxos entre as redes de serviços em saúde, fragilizando assim o processo de reorganização da rede e de suas necessidades.

Assim, percebe-se a necessidade da implantação de medidas que consolidem a Reforma Psiquiátrica, a qual trabalha com a coletividade em saúde pública. Que os membros que fazem parte da assistência e da gestão se inter-relacionem de forma coparticipativa, almejando a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde, e que tais serviços possam comunicar-se em uma rede ampla, sólida e informatizada, a fim de concretizar os objetivos do Sistema Único de Saúde, que inferem a necessidade política do exercício da equidade,

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A. universalidade, acessibilidade e integralidade dos serviços de saúde.

Sugere-se que os gestores desenvolvam reuniões mensais com os coordenadores e profissionais envolvidos nos serviços de saúde, para que se possam conhecer os nós de cada unidade, promovendo debates, utilizando as ferramentas de gestão conforme D'innocenzo (2010) cita em seus estudos, como o diagrama de causa e efeito, que é conhecido também como diagrama de Ishikawa, o ciclo PDCA que correspondem a (P) planejamento, (D) executar, (C) checar e (A) ação, entre outras ferramentas de planejamento estratégico.

Portanto, é fundamental que mais estudos sejam desenvolvidos na prática assistencial e gestora sob a conformação da integralidade dos serviços de saúde, para que se possam desvelar os olhos dos profissionais envolvidos nos serviços públicos de saúde.

## REFERÊNCIA

ALMEIDA, A.B.; ACIOLE, G.G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n.1, dez. 2014.

ALVES, H. M.C.; DOURADO, L.B.R.; CORTES, V.N.Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013.

BARROS, M.M.M.A.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste Brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.36, n..93, Abr/Jun. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde - CNS. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução n. 466/2012. Brasília: CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão: 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 106p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011**. Regulamentação da Lei 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de Dezembro de 2011**. Financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, J.R. HELVÉCIO, M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. et al. (Org). **O trabalho em Saúde no cotidiano, o debate da saúde coletiva**. São Paulo; Hucitec, 2006. p.125-33.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, mar. 2011.

IPECE - Secretária do Planejamento e gestão. **Perfil Básico Regional 2012: macrorregião sertão dos Inhamuns**. Ceará: Secretária do Planejamento e Gestão, 2012. 15p.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPAO, L.V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan. 2014

MACHADO, D.K.S.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, Itatiba, v. 18, n. 1, abr. 2013.

Lima, I. C. S.; Lima, S. B. A.

OLIVEIRA, M.A.F. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, jun 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

PAES, L.G.; SCHIMITH, M.D.; BARBOSA, T.M. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, ago. 2013.

SILVA, B.F.S.; BENITO, G.A.V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, ago. 2013.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2012.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.E. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-62.

VIANA, A.L.; LIMA, L.D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

**Submissão: 04/03/2015**

**Aprovação: 30/07/2015**