

Submissão: 16.01.2025
Aprovação: 04.07.2025

Como citar
este artigo

Soares NA, Mendes DT, Cirqueira GM, Marçal HJ, Silva PP, Oliveira E, et al. Práticas de cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais de saúde em um município de pequeno porte. Rev Paul Enferm. 2025;36:02. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2025v36a02>

Autora
Correspondente



Natália Rocha Soares
E-mail:
nataliarochasoares@gmail.com

Práticas de cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais de saúde em um município de pequeno porte

Mental health care practices: perspectives of health professionals in a small municipality

Prácticas de atención a la salud mental: perspectivas de los profesionales de la salud en un pequeño municipio

Natália Rocha Soares ¹ORCID: 0000-0003-4239-600X

Dárcio Tadeu Mendes ¹ORCID: 0000-0001-6059-9308

Geni da Mota Cirqueira ¹ORCID: 0009-0001-8610-8404

Heloisa de Jesus Marçal ¹ORCID: 0000-0001-5935-4119

Priscila Porfíria da Silva ¹ORCID: 0009-0001-8398-1726

Elda de Oliveira ¹ORCID: 0000-0002-9973-0948

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega ¹ORCID: 0000-0002-4974-0611

¹ Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos profissionais de saúde de um município de pequeno porte. **Método:** Estudo de natureza qualitativa descritiva realizado em um município do interior de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais de saúde, em 2019. Empregou-se o software IRaMuTeQ[®] para o preparo do material empírico. Foi utilizada Análise de Conteúdo de Bardin. Aplicou-se referencial teórico de Cuidado de Ayres e literatura pertinente para a análise dos achados. **Resultados:** Emergiram três classes: 1- Práticas de Cuidado em Saúde Mental: limitações para sua condução; 2-Práticas de cuidado em saúde mental: dificuldades em sua operacionalização; e 3-Práticas de Cuidado em Saúde Mental: Educação Permanente em Saúde para qualificação da rede. **Considerações finais:** As práticas são realizadas de forma desarticulada. Baseiam-se nas demandas dos serviços em detrimento das necessidades e singularidades dos usuários. Portanto, precisam ser ampliadas e qualificadas.

Descritores: Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze how mental health care practices are perceived by health professionals in a small municipality. **Method:** Descriptive qualitative study carried out in a city in the interior of São Paulo, Brazil. Data

were collected through semi-structured interviews with 21 health professionals in July 2019. The IRaMuTeQ® software was used to prepare the empirical material. Bardin Content Analysis was used. Ayres' theoretical framework and relevant literature were applied to analyze the findings. **Results:** Three classes emerged: 1- Mental Health Care Practices: limitations for their conduct; 2 - Mental health care practices: difficulties in their operationalization; and 3- Mental Health Care Practices: Permanent Health Education to qualify the network. **Conclusion:** The practices are carried out in a disjointed way. They are based on service demands to the detriment of users' needs and singularities. Therefore, they need to be expanded and qualified.

Descriptors: Mental Health; Health Personnel; Mental Health Services; Mental Health Assistance; Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: Analizar cómo perciben los profesionales de la salud las prácticas de cuidado en salud mental en un municipio de pequeño tamaño. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo realizado en un municipio del interior de São Paulo, Brasil. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas con 21 profesionales de la salud en 2019. Se utilizó el software IRaMuTeQ® para el análisis del material empírico. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin. Se aplicó el marco teórico del Cuidado de Ayres y la literatura relevante para el análisis de los hallazgos. **Resultados:** Emergieron tres clases: 1) Prácticas de cuidado en salud mental: limitaciones para su implementación; 2) Prácticas de cuidado en salud mental: dificultades en su operatividad; y 3) Prácticas de cuidado en salud mental: Educación Permanente en Salud para la cualificación de la red. **Conclusión:** Las prácticas se realizan de manera desarticulada, basándose en las demandas del servicio en detrimento de las necesidades y singularidades de los usuarios. Por lo tanto, es necesario ampliar y mejorar estas prácticas.

Descriptores: Salud Mental; Personal de Salud; Servicios de Salud Mental; Atención en Salud Mental; Política de Salud.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira estrutura-se em um campo de luta pelos direitos de cidadania e nos diversos âmbitos que conformam suas múltiplas facetas. Para continuar avançando, ações de descentralização e regionalização do cuidado em saúde mental são necessárias para fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integrada de serviços que priorize ações territoriais e de base comunitária⁽¹⁾.

A partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) os serviços de saúde mental integraram-se aos demais da Redes de Atenção à Saúde, e nessa lógica, as ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas devem se articular por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que garantam a integralidade do cuidado e funcionam articuladamente, de forma contínua⁽²⁾.

Todavia, com a nova Política de Saúde Mental (PNSM), houve retrocessos no processo da RP com investimentos direcionados ao hospital psiquiátrico⁽³⁾. Por outro lado, a expansão, regionalização e interiorização da RAPS enfrentam dificuldades em função das novas diretrizes para seu funcionamento, como a inclusão de hospital-dia, quase sempre anexo a um hospital psiquiátrico, em contraposição ao cuidado de base comunitária no território⁽⁴⁾.

Dos 5.568 municípios brasileiros, 73% tem de 10 a 20 mil habitantes, e não apresentam critérios para constituição de serviços especializados em saúde mental, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm na Atenção Primária de Saúde (APS) o principal acesso de cuidado na área. Com as mudanças arquitetadas pela nova política, é possível que a lógica de cuidado e as práticas assistenciais em saúde mental nesse nível de atenção à saúde corram o risco de se aproximar do modelo manicomial, uma vez que esse campo ainda precisa se fortalecer⁽⁵⁾.

No âmbito dos municípios de pequeno porte, a APS faz a interface comunidade-componentes de tratamento substitutivos e também oferece suporte nos casos agudos/situação de crise⁽⁵⁾. Considerando que a pessoa usuária do serviço de saúde mental pode chegar ao serviço de cuidados primários por diferentes meios, seu itinerário terapêutico está relacionado às práticas de cuidado oferecidas ao longo dos diversos percursos que travou, e estas dependem das estruturas e dos modelos assistenciais aplicados que podem ser focadas na singularidade da pessoa ou em procedimentos técnicos e ações curativas⁽⁵⁾.

As práticas emergem da interlocução entre uma situação e um *habitus* que exprimem estilos de vida, julgamentos políticos, morais e representam a ação para criar ou desenvolver as práticas ligadas ao cuidado na área da saúde⁽⁶⁾. Para Ayres, às práticas de saúde envolvem dar espaço para as subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas por meio do encontro entre sujeitos e a partir de atitude terapêutica de atenção à experiência do adoecimento físico ou mental, em processo que leva em consideração a responsabilidade na relação com o outro na construção de vínculos serviço- usuário, organização de serviços por meio de arranjos tecnológicos e, por conseguinte, promoção, proteção e recuperação da saúde⁽⁷⁾.

O autor pondera que a ideia de cuidado vem justamente para reconstruir a partir dos problemas e tensões no processo da assistência à saúde uma atenção integral a indivíduos e comunidades e recompor competências, relações e implicações fragmentadas, empobrecidas e desconexas e caracterizar o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e as pessoas atendidas⁽⁷⁾.

Para atender as diretrizes da PNSM/RP, o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde mental passa pelo enfrentamento das desigualdades socioeconômicas e da diversidade territorial do país, bem como da tendência de retrocessos às antigas práticas manicomial que tensionam a análise crítica acerca dos desafios, impasses e potencialidades no cuidado à pessoa em sofrimento mental, ancorados nas estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial⁽⁴⁾.

Em um estudo de revisão sobre práticas de cuidado em saúde mental é crucial avançar no conhecimento. Este estudo foca nas práticas de cuidado em saúde mental em um município de pequeno porte que varia significativamente no país. A questão central foi: Como são conduzidas essas práticas pelos profissionais da APS nesse contexto? Partiu-se do pressuposto de que essas práticas estão alinhadas ao redirecionamento da assistência em saúde mental preconizado na PNSM/RAPS.

OBJETIVO

Analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos profissionais de saúde de um município de pequeno porte.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa utilizando-se da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, no qual se segue os passos cronológicos de Pré-análise (leitura flutuante, seleção dos materiais a serem analisados, garantindo sua pertinência ao problema de pesquisa, definição clara do que se busca na análise); Exploração do Material (codificação com a transformação dos dados brutos em unidades de registro); Categorização (agrupamento das unidades de registro em classes com base em características comuns) e por fim, Tratamento dos resultados (apresentação e discussão crítica dos resultados). Tais etapas configuram um conjunto de técnicas de análise controlada de dados que quando aplicadas possibilitam um maior rigor com vistas a reduzir equívocos e vieses de interpretação e inferência⁽⁸⁾.

Propõe-se fazer a discussão das narrativas fundamentada no referencial teórico do Modelo de Cuidado de Ayres que enfatiza a importância da subjetividade, da intersubjetividade e das práticas de saúde na perspectiva de humanizar e qualificar as práticas de saúde⁽⁷⁾. Pauta-se na necessidade de oferta de cuidado para além da dimensão técnica, sustentado na valorização da escuta, diálogo e da construção de vínculo entre profissionais e usuários⁽⁷⁾. Para Ayres o cuidado precisa ser centrado na pessoa, no respeito às suas singularidades e experiências e na superação da fragmentação do cuidado e da visão reducionista do processo saúde-doença, com vista a oferta de atenção que considere todas as dimensões do ser humano e suas necessidades de saúde⁽⁷⁾.

Realizada em um município a 185 km da capital São Paulo, Brasil, com 10.468 hab., (44,6% da zona urbana e 55,2% rural), base econômica centrada na agricultura e pecuária. Os dispositivos para atendimento de saúde da população são Pronto Socorro Geral (PSG), Centro de Saúde (CS) na zona urbana e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona rural.

A coleta de dados deu-se por meio de amostra intencional, em julho de 2019. As entrevistas foram realizadas por uma estudante do curso de especialização e sua orientadora que tem experiência em entrevista semiestruturada e na temática de pesquisa. O convite aos profissionais de saúde foi realizado pessoalmente pelas entrevistadoras diretamente aos 24 profissionais de saúde do município, que compõem as duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), durante as reuniões de equipe que antecedem as idas ao território. Logo que foi aceito, procederam-se às entrevistas, com transcrição imediata, e depois foram apresentadas a cada entrevistado para validação.

Uma vez que a dinâmica de trabalho das equipes não permitia muito tempo de deslocamento das atividades rotineiras, não foi possível aproximação prévia com os participantes. Participaram 21 profissionais (03 em atividades de trabalho fora do município). As entrevistas semiestruturadas, gravadas, com média de 20', aconteceram em uma sala reservada na secretaria de saúde do município. No percurso das entrevistas foi aplicada a saturação teórica quando as narrativas começaram a soar repetitivas e novas informações não surgiam. Como critério de inclusão, profissionais com atuação exclusivamente assistencial-direta na saúde. De exclusão, profissionais que detinham carga horária administrativa, e pouca inserção na assistência em saúde.

O CS disponibiliza atendimento médico para demanda geral, psiquiátrica, serviço de psicologia, social, marcação de exames e farmácia. É base de apoio das duas equipes de ESF que o município dispõe. A população urbana não conta com ESF, o atendimento é realizado por demanda espontânea no CS, que diariamente recebe as equipes da ESF, que articulam suas ações para as micro áreas da zona rural.

As UBS da zona rural são designadas pelos trabalhadores como "postinho" e/ou "Unidade de Saúde da Família", e abrem suas portas semanalmente, com agendamentos prévios para médico clínico e/ou grupos específicos. O atendimento na APS é articulado pelas equipes de ESF, constituída por 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro Técnicos de Enfermagem, dois Enfermeiros e dois Médicos da ESF.

O PSG conta com profissionais fixos Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico clínico e Assistente Social. Para as demandas de saúde mental não há leitos específicos. As internações psiquiátricas são pactuadas por meio de uma central de regulação gerenciada pelo Estado. Em termos de outros dispositivos de atenção à população, o município conta com um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), um centro de esporte/lazer, e trabalho filantrópico- religioso de pintura/ artesanato.

Como roteiro de entrevista: Conte sobre as práticas relacionadas ao cuidado em saúde mental que você realiza no cotidiano do seu trabalho; Conte sobre as potencialidades e/ou fragilidades no seu serviço que favorecem e/ou dificultam o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado em saúde mental? Há articulação entre os serviços na condução do cuidado em saúde mental?

Antes de proceder a Análise de Conteúdo, aplicou-se o *software* IRaMuTeQ® com a Classificação Hierárquica Descendente para análise textual do *corpus* e obtenção das classes de segmentos de texto semelhantes e/ou diferentes entre si, classificados em função dos seus respectivos vocabulários⁽⁹⁾. O IRaMuTeQ® organizou os dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes, realizou o dimensionamento das Unidades de Contexto Elementar, e classificou os vocabulários em função de sua maior frequência e de valores de qui-quadrado (χ^2). A força associativa foi analisada quando o teste for maior que 3,84, representado por $p < 0,0001$.⁹ A Análise de Conteúdo, em conjunto com o *software* IRaMuTeQ®, proporcionou resultados mais robustos e confiáveis. A complementaridade das ferramentas permitiu aprofundar a análise dos dados empíricos com maior eficiência.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo (parecer 2.660.391). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

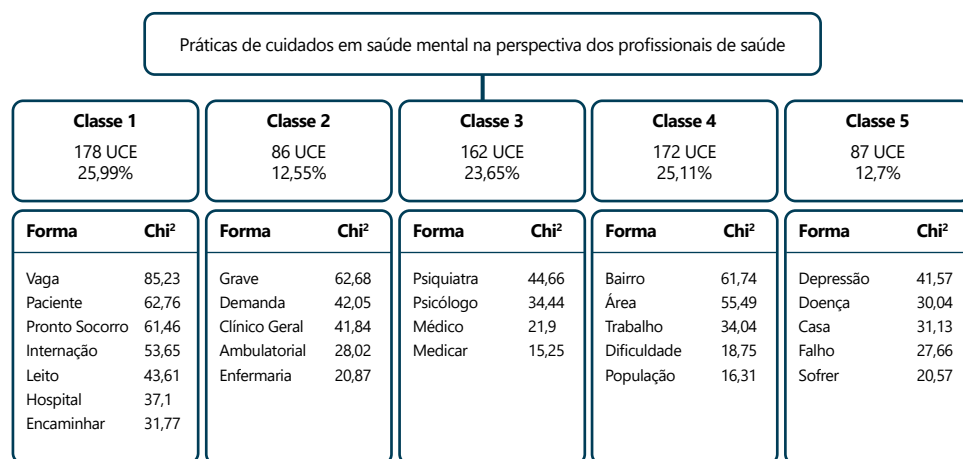
RESULTADOS

Caraterização dos participantes

Participaram dessa pesquisa 21 profissionais, sendo: ACSs (13), Téc. enfermagem (04), enfermeiro (01) atuantes na APS, médico (02), no qual 01 pertence ao PSG e 01 à UBS Central; assistente social (01), atuante na UBS Central; com idades entre 22 e 62 anos, sendo 42,9% (30 a 39) e 23,8% (22 a 39), do sexo feminino (76,2%), casada (47,6%), trabalham na zona rural (61,9%) e na APS (71,4%), identificados pelo número da entrevista precedido da letra (E).

Análise Interpretativa das Categorias Emergentes

Pelo IRaMuTeQ® foram classificadas 786 Unidades de Contexto Elementar (UCE), das quais 685 foram aproveitadas, representando 87,15% do *corpus* total, considerando um bom índice de resultado.⁹ Conforme os agrupamentos dos conteúdos significativos e inter-relacionados, emergiram três classes demonstradas graficamente no Dendograma (Figura 01)



Fonte: banco de dados do IRaMuTeQ®, 2019. Classe 1- Práticas de Cuidado em Saúde Mental: limitações para sua condução. São Paulo, SP, Brasil, 2025.

Figura 1. Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente: representação gráfica dos agrupamentos dos conteúdos mais significativos

DISCUSSÃO

Classe 1-Práticas de Cuidado em Saúde Mental: limitações para sua condução

O vocabulário característico e o conteúdo dessa classe destacam aspectos importantes no cuidado em saúde mental no município. Revela as insuficiências de práticas que poderiam ser instituídas para ampliar o cuidado que a RAPS propõe. Demonstrem, também, quanto os profissionais limitam suas práticas em função da lógica estabelecida para o cuidado da saúde mental.

As práticas de cuidado em saúde mental são restritas a: Visita Domiciliar (VD), Consultas Especializadas e Vínculo Longitudinal (VL). A VD foi apontada como recurso para identificar demandas, possibilitar o vínculo, responsabilização entre usuário-profissional e condução das atividades assistenciais, representando uma tecnologia de abordagem à pessoa em sofrimento psíquico/família, potencializando tanto a condução de abordagem no território, como caminho para efetivar a desinstitucionalização e compor e recompor o saber/fazer em saúde mental das equipes⁽¹⁰⁾.

Em nossa área de abrangência acompanhamos os pacientes de saúde mental com VD. (E18)

Com VD vamos identificando as necessidades das pessoas. (E19)

Conseguimos com a VD abertura para tá praticamente todos os dias com a pessoa e conseguimos acompanhá-la de perto. (E20)

A gente acompanha às vezes com VDs para medicação injetável e acaba realizando também para acompanhar o paciente. (E14)

No nosso bairro a gente vai até o domicílio da pessoa, faz um primeiro acolhimento e encaminha pro doutor que é o nosso psiquiatra... aí ele que vai decidir daqui pra frente o que que é feito e a gente continua fazendo o acompanhamento. (E20)

Em meio à mudanças políticas e diretivas na atual PNSM que reforça o modelo centrado no hospital psiquiátrico, observa-se que os profissionais realizam atendimentos em saúde mental tendo como lógica de intervenção a medicalização e a internação psiquiátrica⁽³⁾. Destaca-se que os desafios para os trabalhadores superarem essa lógica imprime investimentos para sustentar de modo mais efetivo o modelo de atenção à saúde mental⁽¹¹⁾.

Foi passado pra nós tá controlando essas pessoas através de medicamento. (E10)

No caso de depressão, angústia, estresse, essas coisas é psiquiatra. Não tem outro caminho, é medicar. (E13)

Não tem como fazer um bom atendimento para o paciente, fica torcendo pra que logo saia a vaga pro hospital psiquiátrico de referência. (E4)

As consultas especializadas são práticas de cuidado multidisciplinares na qual a equipe desenvolve atendimentos individuais e coletivos, com trabalho integrado e complementar dos profissionais, que ocorre na tentativa de atender a pluralidade de necessidades de saúde mental, oferecendo apoio, compreensão e orientações a pessoa em sofrimento e familiares⁽¹²⁾.

Porém, neste município, a centralidade nas consultas especializadas subtrai a possibilidade destes profissionais conduzirem intervenções psicossociais que poderiam auxiliar na construção da autonomia e contratualidade do sujeito, tendendo a reprodução de medidas de controle, que não respeita às relações de troca do sujeito⁽¹³⁾.

Indo, portanto, na contramão do cuidado proposto por Ayres, que não diminui a importância do controle da enfermidade e dos conhecimentos técnicos e científicos, entretanto, entende que há cuidado mediante construção de práticas em saúde que tenham como horizonte normativo o projeto de felicidade⁽⁷⁾.

O contato que a gente tem é justamente de fazer o encaminhamento pros especialistas, no caso psiquiatra ou psicólogo, ou até mesmo assistente social. (E5)

O foco mesmo é encaminhar para passar no psiquiatra, psicólogo, tentar uma internação não de manicômio essas coisas, de uma internação clínica de reabilitação. (E15)

Então a gente tem o doutor aqui na UBS, se eu tiver algum problema na minha área eu passo pra enfermeira, aí é feito um encaminhamento que passa em consulta médica. (E20)

O VL enquanto um atributo da APS tem papel essencial no processo de trabalho das equipes. Representa um construto de natureza complexa e sistêmica que se constrói especialmente e prioritariamente com as pessoas que buscam por cuidado⁽¹⁴⁾. Desse modo, a condução do VL pelos profissionais da APS fortalece a proposta do modelo psicossocial preconizado na PNSM.

O que facilita é o nosso vínculo com o usuário. (E8)

Estamos acompanhando para não precisar a ponto de internar. (E20)

Acabamos tendo uma sensibilidade na escuta, isso é uma potencialidade do nosso serviço para a saúde mental. (E17)

É no contínuo da interação entre a pessoa em sofrimento e serviços de saúde que é possível conduzir a sua escuta, e esta acontece preferencialmente no acolhimento⁽¹²⁾.

O acolhimento pode ser considerado como um dispositivo tecnológico de destaque no cuidado em que há a capacidade de escuta ativa das necessidades do usuário e diálogo efetivo entre profissional-usuário⁽⁷⁾. Considera-se assim, a importância de respeitar a singularidade, interações e as relações nas quais a pessoa está imersa, expandindo a intervenção para além do tecnicismo, garantindo o atendimento das necessidades de saúde e promovendo cuidado⁽⁷⁾.

Diante dos diálogos levantados, entende-se que a prática dos profissionais da APS precisa ser repensada e, para tal, estes devem receber apoio e supervisão de especialistas para que consigam atender as necessidades de saúde mental fora dos espaços da especialidade.

Não tem CAPS, não tem muitos aparatos, o que pode fazer é aconselhamento, encaminhamento pro CRAS que às vezes tem a ajuda psicológica. (E19)

Seria legal se a gente tivesse um centro de apoio, um CAPS para acolher esses deficientes, encaminhar pro pessoal da área pra eles poderem ter uma reabilitação. (E16)

O VL contribui para reduzir os encaminhamentos não qualificados e o risco de desresponsabilização sobre a pessoa que utiliza o serviço⁽¹⁴⁾. Uma vez que os profissionais relatam o VL como estratégia de cuidado, questiona-se: quais os motivos para ainda praticar a lógica dos encaminhamentos? A literatura aponta como alguns fatores para a lógica de encaminhamentos a falta de compreensão técnica que envolve termos e diagnósticos, insegurança na abordagem e condução dos casos⁽¹⁵⁾.

Classe 2- Práticas de cuidado em saúde mental: dificuldades em sua operacionalização

Há dificuldades quanto aos aspectos estruturais que dificultam a execução das práticas de cuidado em saúde mental alinhadas às proposições da PNSM. Ressalta-se que, por se tratar

de um município de pequeno porte, que não comporta a implantação de um dispositivo especializado como o CAPS⁽⁵⁾, as práticas de cuidado em saúde mental devem atender às demandas da população. Portanto, é necessária articulação intersetorial a fim de contribuir para uma efetiva gestão do cuidado, partilhada e fortalecida⁽¹⁶⁾.

Já não tem CAPS né, não tem como encaminhá-los para o da cidade vizinha. (E17)

A pessoa não tem para onde correr, só fica trancada, fechada naquele mundinho, não tem nada no bairro praticamente. (E10)

Se alguém chegar em surto, fica exposto no meio de todos, não tem leito para eles. (E1)

A APS exerce papel importante para a substituição de um modelo biomédico e asilar para um modelo psicossocial, é em seus dispositivos que comumente se detecta os casos de saúde mental do território e há a potencialidade do atendimento integral ao usuário, por considerar a subjetividade e a multidimensionalidade destas, bem como produzir cuidado contínuo e longitudinal⁽¹⁷⁾. Entretanto, a APS possui limitações a depender da severidade do caso, portanto, a organização do cuidado deve seguir uma dinâmica de parceria usuário-equipes-gestão, em um processo de planejamento e de produção construído coletivamente para que se produza saúde com resolutividade⁽¹⁸⁾.

Para tanto, os gestores precisam ampliar o entendimento sobre como a assistência é prestada *in loco* e aplicarem os recursos financeiros de acordo com as reais necessidades da população⁽¹⁹⁾, posto que, o processo de governança oferece autonomia aos municípios sobre a forma de aplicá-los⁽¹⁸⁾. Para receber o usuário nesta rede e dar seguimento no cuidado em saúde mental, o município precisa investir na construção e no funcionamento de fluxos assistenciais.

Se todos os profissionais trabalhassem em conjunto seria muito mais fácil. (E16)

Não tem articulação entre o CS e o PSG. (E6)

Nossa relação com o paciente de psiquiatria é só no PS mesmo. Às vezes, a gente escuta de terceiros notícias dele, mas não chega nada pra gente de concreto. (E3)

Para fortalecer as práticas de cuidado em saúde mental, a aplicação da estratificação de risco como ferramenta de gestão, contribui para atender à especificidade do cuidado, registrar e acompanhar os casos mais graves, desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental, melhorar a efetividade e a integralidade das ações⁽²⁰⁾.

Tinha que ter trabalho de acordo com as características de cada bairro e não fazer um trabalho geral, têm pessoas que não se encaixam e aí não vão no que é oferecido. (E12)

Outros aspectos encontrados na rede de saúde do município dizem respeito às fragilidades estruturais, em especial a falta de leitos para o atendimento das pessoas em crise no serviço de emergência e insuficiência de recursos humanos, na figura de profissionais especialistas. Sabe-se que em muitas realidades do país, o hospital psiquiátrico ainda se apresenta como alternativa de cuidado para pessoas em crise. Todavia, o caminho para substituir esse dispositivo, retrato do modelo hospitalar, pelo de atenção comunitária, é necessário compor equipes heterogêneas que imprimem múltiplos olhares para a pessoa em situação de crise e provê cuidado alinhado às reais necessidades psicossociais⁽²¹⁾.

Não tem leito de psiquiatria e não tem médico psiquiatra no PSG. (E6)

Paciente que entra em surto e não é atendido, deixa a desejar. (E16)

A maioria das vezes fica no PSG esperando vaga de internação. (E1)

Às vezes é um pouco difícil ficar com eles aqui no PSG enquanto aguarda internação, espera dias. A vaga não sai de imediato, acontece de tá com o nome no sistema e acaba fugindo, indo embora. (E2)

Nesta lógica, a responsabilidade do cuidado assume relevância nos diversos níveis de atenção à saúde, se inicia na construção de vínculos serviço-usuário, na garantia do controle social das políticas públicas e gestão dos serviços⁽⁷⁾. Portanto, cabe aos profissionais de saúde/equipe, e principalmente à gestão do município rever as práticas de cuidado em saúde mental em curso com vistas a sustentar a PNSM e a RP.

Classe 3- Práticas de Cuidado em Saúde Mental: Educação Permanente em Saúde para qualificação da rede

As práticas de cuidado em Saúde Mental são complexas e singulares, e imprime a Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto estratégia pedagógica, política e transformadora para construir, incluir e sustentar a tessitura do processo da RP⁽²²⁾, destacada pelos profissionais como uma necessidade para o trabalho na rede e protagonismo das equipes.

Somos desatualizados de muitas formas, de como abordar, o que tá causando aquilo, até mesmo se pode usar o CAPS de outra cidade, se pode conseguir fazer com que seja encaminhado para outra cidade, pra outro ambiente (E19)

Para enxergar a pessoa além do problema que ela tem, não é porque tem problema mental, dependência química, que você só enxerga o problema, é fulana, veio da família tal. (E20)

Tenho pouco tempo de trabalho na nova área da saúde mental. Na verdade, a gente não teve uma introdução pra tá trabalhando, a gente entrou meio que pelo rumo. (E10)

Com a EPS, os profissionais constroem uma postura mais reflexiva e crítica sobre suas práticas de cuidado, se apropriam da realidade da rede onde atuam, e conseguem agenciar a materialização, ampliação e qualificação da RAPS pois, somente por meio de processos educativos aplicados ao trabalho, obtém-se efetiva implementação de práticas de saúde mental alinhadas à PNSM⁽²²⁾.

Não tem curso no município; ofertado por ele é muito raro. Quando queremos nos aprofundar, buscamos por conta própria o conhecimento. (E3)

O estigma em relação às pessoas com transtorno mental é cultural em todas as sociedades, e afeta a compreensão do sofrimento psíquico e busca de cuidados pela população, conforme indicam os participantes. Estudo mostra que as equipes da APS ainda são resistentes e defendem que pessoas em sofrimento psíquico deveriam receber cuidados exclusivamente de especialistas.²⁰ Por isso, a EPS representa um caminho para desmistificar preceitos manicomiais que violam a dignidade e o direito das pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico usufruírem de uma vida inclusiva enquanto cidadão de direitos⁽²²⁾.

Não vêm ao psicólogo, psiquiatra por preconceito, prefere passar no clínico porque “só me dá o remédio que tá bom”, aí não tem muito o que fazer. (E8)

Aqui tem muito preconceito, as pessoas acham que depressão é frescura, não é doença, fica difícil trabalhar essa questão. (E19)

A EPS é um recurso tecnológico necessário para o funcionamento ideal de uma RAPS e possibilita aos profissionais cumprirem os objetivos estabelecidos em sua portaria. Considerando que é essencial frente à complexidade e às mudanças constantes na prática social dos trabalhadores, no município em questão, a inexistência de EPS compromete a realização de ações/programas para trabalhar estigma/preconceito e a construção de espaços para esclarecer questões de saúde mental⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de Cuidado em Saúde Mental desenvolvidas no município em questão são realizadas de forma desarticulada e priorizam as demandas do serviço em detrimento das singularidades da pessoa em sofrimento, portanto, precisam ser ampliadas e qualificadas. Os profissionais questionam a ausência de aprimoramento e referem interesse na aquisição de conhecimento por meio da educação permanente.

Para as Práticas de Saúde Mental de qualquer município estarem alinhadas à política vigente é necessário o envolvimento de gestores, profissionais da saúde, e a participação da população em fóruns de discussão que possam nortear avanços que atendam às necessidades de saúde mental dos municípios na perspectiva da atenção psicossocial.

Apesar de conduzido em um município com suas especificidades, foi possível dar visibilidade à realidade vivenciada, contribuindo para o avanço das ações nas práticas de cuidado em saúde mental e fomentar discussões em outras regiões/municípios de dimensões/realidades semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis*. 2019;29(3). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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) [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2010 [cited 2020 Jul 07]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
3. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017 [Internet]. 2017[cited 2022 Apr 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
5. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
6. Silva EM, Bartolozzi Ferreira E. Habitus de gênero: tensionamentos ao conceito de habitus em Bourdieu. *Pro-posições*. 2023;34. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0045>.
7. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(1). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>

10. Morais APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):1163–72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
11. Araujo TM, Torrente MON. Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(1). <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100028>
12. Pini JS, Nacamura PAB, Harmuch C, Costa MAR, Giacon-Arruda BCC, Radovanovic CAT, et al. Assessment of the Psychosocial Care Center multidisciplinary team from users' and family members' perspective. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0645>
13. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Portugal C, Nunes MO. O percurso pela atenção à crise em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Soc*. 2024;33(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220893pt>
14. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde Debate*. 2022;46(spe1):131–51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>
15. Schneider ARS. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Rev Ciênc Saúde*. 2019;2(2):78. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2009.2.4843>
16. Nóbrega MPSS, Mantovani GS, Domingos AM. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>
17. Miranda PIG, Amaral JV, Sales JCS, Silva Júnior FJG, Costa APC. Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2021;22:e60496. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260496>
18. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde Debate*. 2020;44(spe4):161–76. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>
19. Vieira SM, Andrade SMO, Cazola LHO, Freire SSA. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. *Rev Psicol Polít [Internet]*. 2020 [cited 2020 Aug 28];20(47):76-86. Available from: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a07.pdf>
20. Cardoso LCB, Arruda GO, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB, Marcon SS. Work process and mental health care flow in primary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>
21. Echebarrena RC, Silva PRF. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2020;44(spe3):223–34. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E319>
22. Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(spe3):210–22. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>