

A INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÕES DE GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS

INTEGRATED CARE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK:
PERCEPTIONS OF MANAGERS, WORKERS, AND USERS

DOI: 10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4243-4254

Recebido em: 29.04.2024 | Aceito em: 23.06.2024

Larissa Weber^{a*}, Cláudia Flemming Colussi^a

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis – SC, Brasil^a

*E-mail: issaweber@hotmail.com

RESUMO

A integralidade é compreendida a partir da organização dos serviços de saúde, das práticas profissionais ou das ações intersetoriais que considerem os indivíduos em seu contexto. No campo da saúde mental, associa-se ao compromisso com o cuidado em liberdade, em uma rede de base comunitária. O estudo, de natureza transversal qualitativa exploratória, objetiva discutir a compreensão de gestores, profissionais e usuários da Rede de Atenção Psicossocial acerca da integralidade do cuidado. A coleta de dados ocorreu em três municípios da Região Sul do Brasil, a partir de 15 entrevistas semiestruturadas com um gestor, dois profissionais e dois usuários de cada município, posteriormente submetidas à Análise de Conteúdo (Bardin, 2009). O entendimento sobre a integralidade resultou em duas categorias: Compreensão dos sujeitos e Articulação dos cuidados. Entre os facilitadores para efetivação da integralidade, sobressaiu-se fortalecimento da Atenção Básica, informatização, cuidado compartilhado, qualificação profissional, Práticas Integrativas e Complementares, acolhimento e vínculo, e singularidade do cuidado. As barreiras identificadas foram carências estruturais, preconceito, vulnerabilidade social, dificuldade de acesso, insatisfação com atendimento e entraves nos processos de trabalho – como a rigidez, a burocratização e a falta de mecanismos que qualifiquem a comunicação entre profissionais/serviços. Por outro lado, incentivo à Educação Permanente em Saúde, aproximação dos pontos da rede, análise de dados, ampliação de investimentos financeiros e corresponsabilização dos usuários são estratégias apresentadas para superar as barreiras em prol da integralidade na rede. Espera-se com as estratégias propostas fornecer pistas para a efetivação de um cuidado em saúde mental ainda mais integral e humanizado.

Palavras-chave: Saúde Mental, Integralidade em Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Integrated care is understood from the organization of health services, professional practices, or intersectoral actions that consider individuals in their context. In the mental health field, it is associated with the commitment to care in freedom, in a community-based care network. The study, of an exploratory qualitative cross-sectional nature, aims to discuss the understanding of managers, workers, and users of the Psychosocial Care Network about integrated care. Data collection took place in three municipalities in Brazil's Southern Region, based on 15 semi-structured interviews with a manager, two professionals and two users from each municipality, subsequently submitted to Content Analysis (Bardin, 2009). The understanding of integrated care is presented in two categories: Understanding individuals, and Articulation of care. Strengthening Primary Health Care, computerization, shared care, professional qualification, use of Integrative and Complementary Practices, receptiveness and attachment, and uniqueness of care stood out among the facilitators for achieving integrated care. The barriers identified were structural deficiencies, prejudice against mental health, social vulnerability, difficulty in access, dissatisfaction with care, and obstacles in work processes - such as rigidity, bureaucratization, and the lack of mechanisms that qualify communication between professionals/services. On the other hand, encouraging continuing health education, approximation of network services, data analysis, expanding financial investments, and making users co-responsible are strategies presented to overcome barriers in favor of comprehensive care in the network. The proposed strategies are expected to provide clues for the implementation of even more comprehensive and humanized mental health care.

Keywords: Mental health, Integrated care, Health Services.

INTRODUÇÃO

Como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade é um conceito abrangente e polissêmico. A Constituição Federal define-a a partir da priorização na oferta de práticas preventivas em saúde, sem negligenciar os serviços de assistência (Brasil, 1988).

Ao longo do tempo, essa perspectiva foi expandida de modo a abarcar atividades de promoção da saúde, vigilância e reabilitação, em diferentes níveis de complexidade. O tema está relacionado ainda a uma abordagem holística do cuidado em saúde, na qual são contemplados aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais, que se interconectam e se complementam. Além destas abordagens, relacionadas à organização dos serviços e às práticas profissionais de cuidado, há uma terceira, que envolve a implementação de políticas intersetoriais que considerem a complexidade dos indivíduos e seu contexto, incluindo as causas subjacentes dos problemas de saúde, como os determinantes sociais (Mattos, 2009).

Dessa forma, a integralidade do cuidado contrapõe-se ao modelo biomédico, centrado na cura de doenças pela medicalização, a partir da abordagem interdisciplinar às condições psicossociais das pessoas e das comunidades. Reconhece “a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida” (Hartz; Contandriopoulos, 2004, p. 331).

A literatura internacional utiliza o conceito de *integrated care*, também relacionado com a oferta de ações, desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, de acordo com as necessidades ao longo da vida. Além disso, enfatiza a importância da conectividade entre os serviços intra e intersetoriais, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (Who, 2016). Em um contexto de recursos finitos, como é o caso dos sistemas de saúde, sustenta-se que a integração dos cuidados em rede reduz atendimentos e procedimentos duplicados e promove a melhora na qualidade dos atendimentos (Mendes, 2011).

No campo da saúde mental (SM), a integralidade também busca superar o modelo biomédico e seu foco na doença como objeto de intervenção. Ela se faz presente nos dispositivos relacionais – no acolhimento, na escuta ativa e no reconhecimento das necessidades para além da demanda explícita - oferecendo respostas singulares para

as diferentes situações. Isso implica atuar na lógica da clínica ampliada, em que diferentes conhecimentos se complementem para atender às necessidades de cada indivíduo, valorizando sua subjetividade e promovendo uma intervenção mais completa (Jorge *et al.*, 2011; Nasi *et al.*, 2009).

Nessa esfera, a integralidade associa-se ao paradigma psicossocial e antimanicomial, e ao compromisso com a superação de uma oferta de cuidado centrada na hospitalização e perda da autonomia. Propõe-se um entendimento mais positivo sobre a loucura e a SM, bem como a consolidação de uma rede de cuidados humanizados de base comunitária – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Clementino *et al.*, 2019; Brasil, 2011; Nasi *et al.*, 2009).

O presente estudo entende a integralidade não somente como um conceito, mas como um valor a ser manifestado nas práticas dos profissionais de saúde do SUS. Uma vez que nenhuma equipe ou serviço isolados pode prover todos os cuidados necessários ao longo da vida das pessoas, torna-se crucial esclarecer os mecanismos de cooperação e coordenação entre os actantes de uma rede. Assim, a pesquisa tem como objetivos discutir a compreensão de profissionais e gestores inseridos em diferentes contextos da RAPS acerca do que é o cuidado integral; identificar como a integralidade é operacionalizada na RAPS e verificar se a percepção dos usuários sobre o cuidado recebido converge com o princípio da integralidade e com a compreensão dos trabalhadores e gestores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal qualitativo, cujos resultados são um recorte de uma pesquisa que avaliou as ações e serviços de saúde da RAPS sob a ótica da integralidade. A coleta de dados ocorreu em três municípios da Região Sul do país: um deles com menos de 20 mil habitantes cuja oferta de cuidado se dá majoritariamente na Atenção Básica (AB), localizado em Santa Catarina; outro de 100 mil habitantes, no Rio Grande do Sul, com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS IJ); o terceiro no Paraná, com mais de 1 milhão de habitantes e uma RAPS contemplada pelos sete componentes.

Os municípios foram selecionados de modo intencional e preenchem dois dos seguintes critérios: ter bom desempenho na pesquisa que avaliou o cuidado em SM na AB com base no segundo ciclo do Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Lopes, 2021); ter participado do projeto “Percurso Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências”; apresentar baixas taxas de internações decorrentes de agravos à SM entre setembro de 2019 a agosto de 2020.

Para alcançar os objetivos, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas, entre julho e agosto de 2021. Em cada município foram entrevistados um gestor, dois profissionais de saúde e dois usuários com passagens por mais de um ponto de atenção da RAPS (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos usuários entrevistados nos 3 municípios.

Código	Sexo	Local de tratamento no momento da entrevista	Tempo em tratamento
U1	Masculino	CAPS (II e AD)	1 ano e 8 meses
U2	Masculino	CAPS (II e AD)	10 meses
U3	Masculino	CAPS II	2 anos
U4	Masculino	CAPS AD	5 anos
U5	Feminino	ESF/NASF + CAPS regional	5 anos
U6	Feminino	ESF	1 ano e 6 meses

Os gestores e profissionais entrevistados já tinham atuado em outros cargos na Secretaria Municipal de Saúde antes de ocupar a função atual. Os profissionais

também tinham experiência com matriciamento, como equipe de referência ou de apoio (Quadro 2).

Quadro 2. Caracterização dos gestores e profissionais de saúde entrevistados.

Código	Categoria	Sexo	Formação	Local de atuação	Tempo de serviço no município
G1	Gestor	Feminino	Terapeuta ocupacional	Coordenadora CAPS	11 anos
G2	Gestor	Feminino	Psicóloga	Coordenadora de Saúde Mental	19 anos e 7 meses
G3	Gestor	Feminino	Enfermeira	Secretária Municipal de Saúde	20 anos
P1	Profissional de saúde	Feminino	Terapeuta ocupacional	CAPS (II e AD)	1 ano e 7 meses
P2	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga	NASF	19 anos
P3	Profissional de saúde	Feminino	Técnica de enfermagem	CAPS II	8 anos
P4	Profissional de saúde	Feminino	Enfermeira	UBS	3 anos e 10 meses
P5	Profissional de saúde	Masculino	Psicólogo	NASF	2 anos e 4 meses
P6	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga e acupunturista	ESF	7 anos

As entrevistas com gestores e profissionais foram guiadas pelas seguintes questões: O que você entende por cuidado integral ou integralidade do cuidado? Quais características você acha que indicam que há integralidade do cuidado na RAPS do seu município? Na sua opinião, quais os aspectos que favorecem a operacionalização da integralidade no seu município? E quais dificultam? Que estratégias as equipes utilizam para superar tais dificuldades?

Já aos usuários, foram feitas perguntas sobre o acesso e a qualidade dos atendimentos, se eles tinham técnico de referência (TR) e Plano Terapêutico Singular (PTS), qual a importância das atividades que faziam parte

do PTS, se já tinham sido encaminhados de um serviço a outro, e como avaliavam a comunicação entre os profissionais.

As entrevistas foram realizadas em julho e agosto de 2021, pela mesma pesquisadora, presencial (n=14) ou remotamente (n=1). Todas foram gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo, seguindo as etapas propostas por Bardin (2009) - leitura flutuante (pré-análise); desmembramento de trechos das entrevistas em unidades posteriormente classificadas em categorias; tratamento dos resultados encontrados, inferências e interpretação.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e do município 3 e teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde dos três municípios. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que seguiu os princípios éticos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Como forma de minimizar os riscos mínimos a que os participantes foram expostos, assegurou-se o sigilo de identidade, o direito de

resguardar sua resposta e a liberdade de decidir sobre a continuidade ou interrupção de sua presença na pesquisa.

RESULTADOS

A análise dos dados possibilitou a identificação de categorias de análise organizadas em três blocos: entendimento sobre a integralidade do cuidado; aspectos que facilitam e dificultam a integralidade; estratégias que podem ajudar a superar os desafios relatados (Quadro 3).

Quadro 3. Sistematização das categorias de análise em três blocos.

1) CONCEITO DE INTEGRALIDADE	
Compreensão holística dos sujeitos	
Organização/Articulação dos cuidados	
2) FACILITADORES E BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA RAPS	
FACILITADORES	BARREIRAS
Fortalecimento da AB	Carências estruturais dos serviços
Cuidado Compartilhado	Entraves nos processos de trabalho
Qualificação profissional e uso de PICS	Dificuldade de acesso
Informatização	Insatisfação com o atendimento
Acolhimento e vínculo	Resistência/preconceito em relação à saúde mental
Singularidade do cuidado	Rotatividade dos profissionais
	Vulnerabilidade social dos usuários
3) ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES	
Educação Permanente em Saúde (EPS)	
Aproximação dos pontos da RAPS	
Priorização da contratação por meio de concurso público	
Instituir a análise de dados de saúde mental	
Ampliar os investimentos financeiros	
Instigar a corresponsabilização	

Conceito de integralidade

As definições de integralidade trazidas por profissionais e gestores foram agrupadas em duas categorias: “compreensão holística dos sujeitos” e “articulação dos cuidados”. A primeira categoria revela a preocupação dos entrevistados em compreender os usuários considerando suas variadas necessidades de cuidado em saúde, em uma perspectiva multidimensional, para além das queixas/demandas explicitadas (sem restringir-se à SM), conforme o relato a seguir.

“É justamente olhar o cidadão como um todo, inclusive onde ele mora, como ele vive, qual é a rede social dele, tudo que você possa imaginar de atenção básica, de média complexidade, alta complexidade” (G1).

Os depoimentos dos usuários convergiram com as falas dos profissionais, indicando que a atuação destes é coerente com a compreensão de integralidade que manifestam. Os profissionais atuaram, por exemplo: no incentivo à busca de emprego - “eles mesmos preparavam meu currículo” (U3); e desenvolvimento de habilidades que fizessem os usuários se sentirem melhor - “aprendi a gostar da música, a música é uma coisa que faz bem” (U6).

Complementar à anterior, a segunda categoria demonstra como o cuidado deve ser organizado para ser integral na percepção dos trabalhadores e gestores. Contempla a perspectiva do cuidado compartilhado, integrando profissionais multidisciplinares da mesma equipe e de outras, inclusive fora do setor saúde, de modo a tecer uma rede de cuidados humanizados.

“(...) é a prática integrada entre todos os profissionais que estiverem envolvidos na linha de cuidado. Eu acho que é esse cuidado ampliado, a gente fala muito dessa clínica ampliada também. É o compartilhar com diferentes intervenções e visões (...) integrando todas as necessidades em diferentes níveis” (G3).

A esse respeito, encontramos percepções antagônicas dos usuários, que variam desde um relato sobre a dificuldade na comunicação entre os serviços, premissa básica para a articulação:

“(...) um setor não se comunica com o outro (...) era pra ter uma ligação entre um e outro” (U4).

Até um relato elogioso acerca de como essa integração ocorre na prática:

“No site lá da internação com todos os laudos, o que houve durante a internação vem direto pra cá, eu recebo tudo direitinho, a minha medicação também. Então no meu ponto de vista é um trabalho completo” (U5).

Facilitadores e barreiras para a efetivação da integralidade na RAPS

Os aspectos que favorecem a efetivação de um cuidado integral perpassam elementos relativos ao fortalecimento da AB, ao compartilhamento do cuidado, à qualificação profissional, à informatização, ao acolhimento/vínculo e à singularidade do cuidado.

A presença dos Agentes Comunitários de Saúde foi destacada como um fator que favorece o alcance da integralidade, pois eles ampliam a capacidade da equipe de compreender o contexto onde os usuários vivem e potencializam o vínculo com a comunidade.

“(...) tem pessoas que têm problema, principalmente mental, ela se camufla tanto, que às vezes ninguém percebe. E um agente de saúde bem preparado vai conseguir conversar com a pessoa e ver realmente se tá bem ou se não tá bem” (U2).

Também foi mencionada a importância de a mesma equipe estar atuando no território há bastante tempo e o papel de coordenação do cuidado que a AB exerce.

“(...) esse funcionamento, assim, de ter alguém que é responsável pelo cuidado, né, então aquela pessoa não fica assim prá todo mundo ou prá ninguém” (P1).

A potência do cuidado compartilhado foi expressa pelos participantes da pesquisa através do valor conferido às reuniões e discussões de caso.

“(...) não é só o profissional de referência, mas toda a equipe costuma conhecer os pacientes. (...) E isso é muito bom, a gente discute o tempo todo, não só nos momentos de reunião de equipe” (P3).

A aproximação dos profissionais envolvidos no cuidado também foi evidenciada pela realização de interconsultas.

“Às vezes é necessário fazer um atendimento conjunto, atendimento médico, atendimento de enfermagem, atendimento de outra especialidade, (...) alguma integração com a Assistência Social. (...) tem várias dimensões que precisam ser olhadas, ser cuidadas e trabalhadas em equipe” (P1).

Salienta-se que houve reconhecimento do cuidado compartilhado por parte dos usuários, exemplificado por relatos de integração entre profissionais.

“No início eu pagava a minha terapia, mas (...) minha médica não tinha contato com a minha psicóloga e nem a minha psicóloga com a minha médica (...). Aqui (...) é um trabalho muito junto, muito unido” (U5).

A sistematização de uma modalidade específica de cuidado compartilhado, o apoio matricial, foi destacada pelo fomento à ampliação do cuidado coordenado pela AB.

“O NASF faz bastante essa parte de ir nas unidades, de fazer os atendimentos, fazer o matriciamento com os profissionais (...) eu vejo que tem bastante comunicação de quem faz os atendimentos. (...) A gestão também incentiva bastante assim o funcionamento do NASF nessa parte de integralidade” (P1).

No município sem NASF, o matriciamento feito pelas equipes do CAPS também foi valorizado. Além disso, destacou-se a presença de psicólogas e estagiárias

de psicologia em algumas das unidades de saúde, propiciando essas trocas e qualificando o cuidado.

Ainda no âmbito do compartilhamento do cuidado, a integração entre Saúde e setores como Assistência Social, Educação, Segurança Pública, Esporte e Lazer foi particularmente reconhecida pelo seu papel junto à reabilitação psicossocial.

“A gente tem uma rede (...) e vamos encontrar os nossos parceiros. Isso é um avanço de construção de integralidade. E também temos essas ações, essas mesmas iniciativas com os outros setores (...) que a gente tem que amarrar as pontas do cuidado ao longo do tempo” (P4).

Da mesma forma, foram exaltadas pelos usuários experiências de integração que envolveram a cooperação intersetorial. Salienta-se uma experiência relacionada ao trabalho.

“Desde que eu entrei aqui, eu passei a procurar emprego. (...) Eu comecei a fazer os bicos pra uma empresa (...) a minha família começou a olhar eu um pouquinho diferente. (...) fui orientado a ir lá [no SINE], e o coordenador (...) investiu, acreditou e graças a Deus vou trabalhar, já peguei toda a minha documentação na empresa” (U3).

E outra relacionada ao lazer.

“Fui convidado a participar do grupo musical lá no P. (...) graças ao CAPS. Eu comecei aqui o grupo musical, aí foi expandido, fui convidado pra participar do coral na igreja” (U6).

A qualificação dos profissionais também foi destacada como uma das características que favorece o atendimento integral. Os profissionais foram reconhecidos como “muito bons”, “muito capacitados”, “com um grau de capacidade teórica grande” e por seu “aperfeiçoamento diferenciando”. Um dos diferenciais identificados foi a capacitação para o uso de PICS.

Observou-se, no entanto, que a qualificação a que se referem não diz respeito somente à formação, mas principalmente ao perfil desses profissionais. Termos como “envolvidos”, “dedicados”, “preocupados”, “o cara é humano”, “tem um médico que é disputado a tapa” foram utilizados durante as entrevistas.

O acesso aos dados dos usuários por meio do prontuário eletrônico foi mencionado como outro ponto

positivo para a integralidade, permitindo a visualização do histórico de atendimentos, subsidiando a tomada de decisão dos profissionais. Também foi destacado o uso de telessaúde como forma de facilitar o acesso aos diferentes cuidados em saúde, ponto este de grande relevância no contexto da SM.

“Quem está no atendimento consegue enxergar o que aconteceu com a pessoa, então eu acho que é favorável. (...) agora a gente consegue fazer consulta por telemedicina, (...) eu consigo chegar na pessoa mesmo quando ela não está próxima de mim, né” (G1).

Nas entrevistas com os usuários, três elementos sobressaíram-se como facilitadores do cuidado. O primeiro foi o acolhimento.

“E esse CAPS aqui me acolheu de uma forma muito positiva (...). Pra mim é um prazer vir pra cá. Claro que não era no começo. (...) Eu acho que é através da confiança” (U3).

O segundo foi a existência de uma referência de cuidado.

“[o TR] é uma pessoa que veio na hora certa, né. Ele é orientador, ele é amigo, ele é uma pessoa que escuta o paciente, que orienta (...) veio realmente a calhar com o que eu precisava” (U4).

E o terceiro foi a elaboração dos PTS.

“(...) uma coisa casa com outra, entendeu? Você faz (...) uma pintura ali, você acabou de fazer um exercício aqui, depois você vai para uma rádio CAPS, que lá você vai narrar alguma coisa, uma história, colocar algum conhecimento ou discutir assuntos diversos. Essas modalidades, quando elas se juntam, o resultado vem pra você” (U3).

Curiosamente, esses elementos, que possibilitam reconhecer o que o outro traz como necessidade em saúde e são tão afeitos à lógica do cuidado integral, não foram trazidos pelos profissionais e gestores como facilitadores da integralidade. Pelos relatos dos usuários foi possível identificar ainda a importância de que o PTS preveja a atenção às situações agudas, que não podem esperar, a fim de promover a integralidade.

“Eu chego aqui, se não tô bem, a primeira coisa já vão me atender, tentam vagar um tempinho para me atender né, isso é muito, muito interessante e importante” (U5).

Quanto aos aspectos dificultadores da integralidade do cuidado levantados pelos entrevistados, destacam-se problemas relacionados à estrutura, aos processos de trabalho, ao preconceito com o campo da SM, às vulnerabilidades sociais, à dificuldade de acesso e à qualidade do atendimento recebido. As carências identificadas referem-se sobretudo à falta de profissionais e de serviços.

“Os serviços que nós temos são primeiramente insuficientes em quantidade. E aí a gente começa a falhar em qualidade também. Não dá para eu querer substituir manicômio com meia dúzia de serviços, que têm meia dúzia de profissionais. (...) vai dar saudade do manicômio. Pode não dar pro paciente, mas pro familiar vai” (P4).

Incluem ainda falhas no transporte, que também compromete o cuidado integral.

“E a dificuldade eu vejo mais nessa parte de locomoção, do transporte. Isso aí muitas vezes é difícil, porque a demanda é grande” (P2).

Mencionou-se o quanto a rigidez em alguns processos de trabalho pode comprometer o cuidado integral, sobretudo os processos burocráticos e rígidos.

“Tem equipamentos que burocraticamente não podem fazer algumas coisas, são mais restritos. Aí acho que isso dificulta. É o processo de trabalho de cada equipamento” (G2).

Também a falta de mecanismos que incentivem e qualifiquem a comunicação e as discussões de caso, ou mesmo a dificuldade de expressar-se com clareza, foi associada a um entrave na integralidade.

“A comunicação às vezes atrapalha quando nada acontece, ou acontece meio atravessado sabe, ou às vezes a conduta é tomada lá e a gente só fica sabendo, não existe uma discussão. (...) a comunicação poderia existir de uma maneira mais eficaz para ajudar juntos a pensar na vida daquela pessoa né” (P3).

Fato que foi também reconhecido pela gestão.

“A gente não aprendeu a se comunicar direito. Então isso acaba atrapalhando todo o fluxo de trabalho, toda a comunicação de uma unidade, até o próprio profissional com a secretaria” (G1).

Assim como pelos usuários.

“Só que entre os profissionais, assim, às vezes deixa a desejar um pouco (...) um diz uma coisa, daí chega na outra já não acha que é aquilo e já não acha que é tão necessário assim. Eles acabam se achando no direito de anular o que o profissional anterior pediu” (U1).

Ainda no âmbito dos processos de trabalho, refletiu-se acerca dos prejuízos na organização dos serviços provocados pela pandemia.

“A situação da pandemia nos virou de cabeça pra baixo. Tudo que a gente sonhou conquistar em termos de organização do cuidado, dos programas, dos atendimentos programados, do vínculo com o território, foi pervertido pela pandemia e (...) a gente vai ter que reinventar a maneira como faz as coisas” (P4).

Outro indicativo de entraves nos processos de trabalho consiste na dificuldade de acesso a determinados serviços sinalizada pelos usuários, os quais revelaram que o tempo de espera e a necessidade de passar por um clínico geral pode comprometer a qualidade do cuidado.

“Tinha que ser mais humanizado, (...) mais eficaz. Não botar a gente a enfrentar fila” (U6).

Ainda que se tenha identificado a atuação de profissionais dedicados e afeitos ao campo da SM, há que se reconhecer a coexistência de profissionais menos compromissados.

“Aí tem aquela médica lá que só se tu vai morrer, né (risos). Aí o pessoal já sabe a tarde que ela atende e a tarde que é o doutor L., aí se tiver meio doente espera ficar mais pra ir no outro dia (risos)” (U2).

Salienta-se ainda que o preconceito com a SM está presente no cotidiano do trabalho, às vezes com uso de termos pejorativos. Isso foi evidenciado por falas como:

“A gente tem que melhorar muito é essa desmistificação de que não é exatamente doido” (G1).

A rotatividade dos profissionais é outro fator que prejudica o vínculo e, por consequência, a integralidade, especialmente no âmbito da SM.

“Os postos que têm as pessoas fixas trabalhando, a enfermeira é a mesma, os técnicos são os mesmos, os médicos e médicas são os mesmos que trabalham ali, então há um vínculo em que flui melhor do que aquele em que tem muito rodízio de pessoas, que aí não tem vínculo” (P5).

Tal fato foi particularmente destacado no que diz respeito ao atendimento psicológico.

“Quando você faz tratamento com um psicólogo, você revive aquelas coisas que te machucaram, sabe. (...) Aí vem um psicólogo, pega e sai, aí vem o outro no lugar aí você tem que recomeçar tudo novamente. (...) Atrapalha muito no tratamento psicológico, muito” (U1).

Também se reconheceu no empobrecimento da população um obstáculo significativo à integralidade, duramente representado pelo seguinte relato:

“Que angústia você resolve com alguém que tá passando fome, que não tem o que dar para os seus filhos comerem? (...). Tem muito paciente que eu sei, que eu ligo e o telefone não tá disponível pra receber, eu sei o que é isso, isso significa que o paciente não tem dinheiro pra pagar a conta” (P4).

Estratégias para superação das dificuldades

Partindo do entendimento de que o cuidado compartilhado impulsiona a integralidade, foi sugerida a institucionalização do matriciamento (onde ainda não há) e a promoção de intercâmbios entre as equipes como estratégias para a vinculação entre os serviços.

“A gente conhecer um pouco mais como é o outro serviço e quem é essa equipe, eu acho que isso ajudaria nessa aproximação, nessa vinculação. Porque assim, pro tratamento dar certo, esse paciente tem que ter vínculo com a gente, mas pra ele dar certo, as equipes têm que ter vínculo também” (P3).

Ademais, a implementação de micro redes foi mencionada pelo potencial de fortalecer o cuidado nos territórios.

“Tá caindo de maduro no município a construção das micro redes. Eu acho que o grupo condutor da RAPS tem esse papel que é formar as redinhas, por territórios, e fazer com que elas de fato aconteçam” (G3).

A sugestão da priorização da contratação por meio de concurso público também reforça a importância do vínculo entre colegas de trabalho, de uma mesma equipe ou não, e entre as equipes e os usuários que buscam cuidado - especialmente no caso das equipes de AB, que oferecem cuidado longitudinal.

Outras estratégias verbalizadas foram a ampliação de serviços de saúde.

“a gente vai ter que fazer um investimento de quantidade nesse momento, porque não tem como ofertar cuidado com a quantidade de serviços e profissionais que nós temos hoje” (P4).

Assim como investimentos em recursos e estruturas para além do setor saúde.

“Porque se você for ver, as coisas básicas o município não tem. (...) não tem escolinha de futebol, não tem qualquer outra coisa que possa envolver essas crianças. (...) Oportunidades de creche. (...) Eu acho que não tem como ter pessoas com uma mente saudável, se não se trata saudável desde a infância” (U2).

A coleta e análise de dados foram sugeridas como instrumentos que propiciam a integralidade, podendo ser favorecidas pela informatização em curso dos serviços de saúde.

Por fim, refletiu-se sobre a importância de divulgar mais o trabalho desempenhado pelos serviços e o papel dos profissionais, instigando a corresponsabilidade dos usuários no seu cuidado em saúde.

“Eu acho que é o tete-a-tete (...), sentar em cada Unidade de Saúde, convidar as pessoas para entrarem, (...) fazer com que a pessoa entenda que saúde também é responsabilidade minha e não somente do outro” (G1).

DISCUSSÃO

As categorias apresentadas representam o entendimento de usuários, trabalhadores e gestores acerca do que é o cuidado integral e integrado e de quais ações são fundamentais para a consolidação de uma RAPS alinhada ao princípio da integralidade. Foi possível reconhecer uma convergência entre o entendimento dos participantes e os conceitos teóricos de integralidade, sugerindo uma aproximação entre a prática e a teoria.

As definições de integralidade elaboradas por trabalhadores e gestores assemelham-se às de um estudo que explorou a representação do termo integralidade entre profissionais da AB de Belém (PA). No referido estudo, o termo foi relacionado à “visão integral do ser humano” e “articulação dos serviços” (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Tais concepções aproximam-se de duas das três dimensões da integralidade mencionadas na introdução: “práticas profissionais de cuidado em saúde” e “organização dos serviços de saúde” (Mattos, 2006). Também guardam relação com as linguagens que fundamentam a integração em rede reconhecidas por Hartz e Contandriopoulos (2004), que vêm a ser (I) a linguagem clínica (práticas profissionais); (II) a estrutural (fronteiras organizacionais); e (III) a da cooperação (negociações e acordos entre atores e organizações).

A limitação da integralidade ao âmbito da atuação profissional, seja na atenção direta ao usuário ou na relação com outros profissionais e equipes, sugere que há pouco espaço para discussões e proposições de políticas voltadas às causas subjacentes dos problemas de SM, como seus determinantes sociais (entre eles a vulnerabilidade social), o que poderia se dar com mais veemência na esfera do Controle Social dos municípios. A problemática em questão perpassa também a necessidade de fomentar na formação profissional acadêmica e nos espaços de EPS mais reflexões críticas em busca de soluções para os desafios relacionados à atenção psicossocial, tanto na micro quanto na macro política.

As entrevistas com os usuários demonstraram que a concepção dos trabalhadores e gestores, acerca da integralidade, reflete-se em uma prática que contempla ações alinhadas ao cuidado integral e humanizado. Isto pode ser verificado nas experiências positivas dos usuários com o acolhimento, no protagonismo dos mesmos na elaboração de seus PTS, assim como no reconhecimento de vínculos estabelecidos entre eles e os profissionais, especialmente seus TR.

Tal constatação ecoa os achados de um estudo que investigou a compreensão dos usuários sobre o acesso e integralidade no cuidado em SM, no qual os usuários salientaram que o cuidado nesse campo pressupõe uma atenção acolhedora e humanizada, que reconheça suas histórias de vida, subjetividades e condições sociais e que valorize sua liberdade e possibilidade de fazer escolhas (Oliveira; Andrade; Goya, 2012).

A literatura internacional vale-se dos termos “participação”, “parceria”, “colaboração”, “envolvimento” para referir-se ao papel ativo desempenhado pelo usuário no seu tratamento em SM. A participação baseia-se em ideais de democracia e responsabilidade individual e é estimulada em países que, assim como o Brasil, ocuparam-se em promover a reforma psiquiátrica e/ou modificações nas políticas de SM, no sentido de transformar um modelo hospitalocêntrico, biomédico, centrado no diagnóstico e na remissão de sintomas, em outro que se baseie nas necessidades e nos desejos dos usuários (Jørgensen; Rendtorff, 2017; Solbjør *et al.*, 2013; Elstad; Eide, 2009).

Nessa perspectiva, a tomada de decisão e os planos de cuidados levam em conta a experiência individual, o conhecimento e as expectativas de cada indivíduo e devem ser compartilhados entre eles e os profissionais, método denominado “tomada de decisão compartilhada” (Shared decision-making - SDM) (Jørgensen; Rendtorff, 2017). Ainda que no presente estudo os usuários reconheçam sua participação na elaboração do PTS, a corresponsabilização foi sinalizada por uma gestora como uma estratégia a ser ampliada de modo a clarificar aos usuários o papel deles próprios, das equipes e dos serviços de saúde na promoção e no cuidado da saúde.

A humanização do cuidado transpareceu também na organização do apoio matricial nos municípios. O apoio matricial em saúde é um arranjo organizacional através do qual uma equipe especializada oferece retaguarda e suporte técnico-pedagógico para a equipe de referência, contribuindo com a ampliação da eficácia de sua atuação (Cunha; Campos, 2011). Nos municípios em questão, as equipes de AB são as equipes de referência, e o apoio especializado é oferecido por profissionais dos CAPS ou NASF, de modo a impulsionar a integração dialógica e a responsabilidade compartilhada entre os serviços. O fato de os entrevistados reconhecerem a importância de uma AB fortalecida para a integralidade do cuidado em SM demonstra que, na prática, essas equipes estão assumindo

a responsabilidade pela coordenação e condução dos casos que são compartilhados com os serviços especializados.

Fator decisivo para a consolidação das práticas mencionadas, reconhecidas como positivas pelos usuários, foi a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) - a qual completou 20 anos em 2023. Entre seus princípios, constam o protagonismo individual e social, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos coletivos (participação na elaboração e condução dos PTS e nas definições de políticas para a comunidade), a indissociabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade (as diferentes especialidades e práticas de saúde no âmbito do SUS podem considerar a experiência do usuário) (Brasil, 2015).

Outra política alinhada à atenção humanizada que foi identificada pelos participantes como potencializadora da integralidade no campo da SM, sobretudo na esfera da AB, é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPIC). Ao incrementar a prevenção de agravos e a promoção, manutenção e recuperação da saúde com diferentes abordagens, a PNIPIC contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, o que requer também a interação das ações e serviços que compõem o SUS (Brasil, 2006).

A respeito dessas interações, Lima e Guimarães (2019) identificaram em seu estudo a coexistência de dois modos complementares de articulação: o modo racional de produzir essas interconexões, por meio de sistemas instituídos/institucionalizados; e o modo marcado por forças instituintes que atuam através dos vínculos profissionais, como alternativa aos processos burocráticos. Chama-se a atenção para o fato de que, ainda que potentes, estes últimos podem “camuflar o desejo de fuga de embates e tensões por vezes necessários para fazer fluir a rede” (Lima; Guimarães, 2019, p. 15).

O presente estudo demonstrou o quanto a rigidez e a burocratização de alguns processos de trabalho, assim como a falta de mecanismos que qualifiquem a comunicação entre profissionais/serviços, podem comprometer o cuidado integral. Problematicar os processos de trabalho, por si só, já constitui um exercício à integralidade do cuidado (Silva; Barros, 2010). Os participantes, contudo, foram além, sugerindo a estratégia de instigar mais conexões entre as equipes através de visitas aos outros serviços, especialmente no âmbito das micro redes. O que poderia representar uma via intermediária aos modos revelados por Lima e Guimarães (2019), ao institucionalizar encontros nos cenários atuação, clarificando o funcionamento dos serviços e as

dificuldades que os profissionais que ali atuam enfrentam, favorecendo posturas mais compreensivas e trocas dialógicas.

As demais barreiras mencionadas pelos participantes refletem problemas antigos já sinalizados em outros estudos e que foram agravados no último governo, como a precarização dos vínculos trabalhistas, a vulnerabilidade social e o subfinanciamento da SM (Delgado, 2019; Trapé; Onocko-campos, 2017). O subfinanciamento fundamenta as críticas a aspectos estruturais em estudos que analisaram a satisfação de usuários e profissionais de CAPS, revelando que os escores mais baixos de satisfação relacionam-se às condições físicas e ao conforto dos serviços (Silva; Lima; Ruas, 2018; Resende; Bandeira; Oliveira, 2016; Miranda; Souza; Ferreira, 2014).

Nesse momento de reconstrução das políticas públicas, enaltece-se as estratégias propostas pelos participantes para superar os obstáculos que se interpõem à integralidade do cuidado. Destaca-se que foi possível identificar uma correlação entre elas e as práticas reconhecidas como facilitadoras.

Como limitação do presente estudo, considera-se o fato de a coleta de dados ter ocorrido no contexto da pandemia, período em que estavam suspensas muitas atividades dos serviços. Por outro lado, essa suspensão levou os participantes a valorizarem ainda mais as atividades coletivas no campo da SM. Outra possível limitação diz respeito à realização das entrevistas no ambiente de trabalho/atendimento. Mesmo tendo sido realizadas em espaços reservados e de forma sigilosa, o ambiente pode ter deixado os trabalhadores pouco confortáveis para fazer críticas, assim como pode ter inibido os usuários - especialmente pelo viés de gratidão e pelo vínculo com os profissionais que ali atuam.

CONCLUSÃO

A percepção positiva dos participantes sobre a disseminação de práticas de cuidado integrais e processos de trabalho em conformidade com o modelo psicossocial, fundamentados na singularidade dos casos, não deixa dúvidas quanto à importância da realização da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O alinhamento das falas dos profissionais e gestores com os depoimentos dos usuários demonstra o quanto os municípios, seja qual for a conformação de sua rede, têm buscado concretizar a integralidade em suas práticas a partir dos recursos disponíveis. As falhas reconhecidas, como a

burocratização e as dificuldades na comunicação, sinalizam a importância de uma formação em saúde crítica, que valorize a clínica ampliada, as tecnologias de cuidado leves, o trabalho em equipe, a compreensão dos sujeitos em seu contexto social e a proposição de soluções para os desafios relacionados à atenção psicossocial, tanto na micro quanto na macro política. Ressalta-se como a

efetivação de políticas adjacentes, a exemplo da PNH e da PNPIC, contribuem com a integralidade. Por fim, enfatiza-se a necessidade de garantir um financiamento condizente com a grandeza da RAPS como meio para a consolidação de um cuidado ainda mais integral e humanizado na RAPS.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: 2015, 16p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 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 SUS. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: 2006, 92 p.
- CLEMENTINO, F. S. *et al.* Atendimento integral e comunitário em saúde mental: Avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017713, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00177.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400013.
- DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00212.
- ELSTAD, T.A.; EIDE, A. H. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. **Scand. J. Caring Sci.**, Borås, v. 23, p. 674-681, 2009. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 (Supl 2), p. 331-336, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800026.
- JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3051-60, Jul 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800005.
- JØRGENSEN, K.; RENDTORFF, J. D. Patient participation in mental healthcare - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. **Scand. J. Caring Sci.**, v.32, n.2, p. 490–501, 2017. DOI: 10.1111/scs.12531.
- LIMA, D. K. R. R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, e290310, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290310.
- LOPES, S. M. **Avaliação da saúde mental na atenção básica: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., orgs. **Os sentidos**

da **integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRANDA, P. O.; SOUZA, O. F.; FERREIRA, T. F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.63, n.4, p. 332-340, out.-dez. 2014. DOI: 10.1590/0047-2085000000042.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3069-78, nov. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100023.

RESENDE, K. I. D. S.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. C. R. Avaliação da Satisfação dos Pacientes, Familiares e Profissionais com um Serviço de Saúde Mental. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 26, n.64, p. 245-253, mai.-ago. 2016. DOI: 10.1590/1982-43272664201612.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p.383-391, 2010.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface (Botucatu)**, v.21, n.62, p. 589-599, jul.–set. 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0420.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 3799-3810, nov. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.25722016.

SOLBJØR, M.; RISE, M. B.; WESTERLUND, H.; STEINSBEKK, A. Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v.59, n.2, p. 107–13, mar. 2013. DOI: 10.1177/0020764011423464.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.19, p. 1-8, mar. 2017. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051006059.