

ACOLHIMENTO E MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL: DISCUTINDO E (RE)PENSANDO AS FRAQUEZAS SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO BÁSICA.

Nemório Rodrigues Alves¹; Hugo Ricardo Torres da Silva²; Aline Rayane Conceição Bezerra³; Ana Beatriz Gouveia de Araújo⁴; Priscilla Maria de Castro Silva⁵.

¹ Discente de Enfermagem- Universidade Federal de Campina Grande- e-mail: nemorio_rodrigues@hotmail.com;

² Discente de Medicina- Universidade Federal de Campina Grande- e-mail: huugorts@gmail.com;

³ Discente de Enfermagem – Universidade Federal de Campina Grande- e-mail: aline01234.rayane@gmail.com;

⁴ Discente de Enfermagem – Universidade Federal de Campina Grande- e-mail: bia_araujo38@hotmail.com;

⁵ Docente de Enfermagem- Universidade Federal de Campina Grande.

Resumo: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas através da Portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde (MS). Na busca pela garantia da integralidade do cuidado, a Política Nacional da Atenção Básica define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma das estratégias. Entretanto, surgem várias problemáticas no tocante a regulação e operacionalização das RAS. O presente trabalho discorre sobre o projeto de extensão universitária intitulado “Tecendo linhas de cuidado para o fortalecimento da rede: uma construção coletiva para o manejo da crise em saúde mental”. Tem como objetivo discutir sobre as demandas do eixo ‘fraquezas’ que surgiram nas oficinas e rodas de conversa para o diagnóstico situacional dos serviços que constituíram o público-alvo desse projeto. Em todas as oficinas foram utilizadas metodologias participativas e para o diagnóstico situacional empregamos a estratégia S.W.O.T. (Acrônimo em inglês que significa forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) que é muito utilizada como base para planejamento estratégico organizacional. Destacamos que a necessidade de educação permanente dos profissionais em relação ao manejo dos usuários de saúde mental nas RAS é fundamental. Apesar deste trabalho focar na discussão das fraquezas, nós pontuamos que estas devem ser encaradas como questões passíveis de mudança e que requer um esforço coletivo, não somente da gestão, mas também de todos que compõem as Redes de Atenção à Saúde, incluindo usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Diagnóstico situacional.

1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas através da Portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde (MS). Segundo a coleção *Para Entender a Gestão do SUS* (BRASIL, 2015, p.24), as RAS são organizações de conjuntos de serviços vinculados entre si que objetivam comumente ofertar ações contínuas e integrais de saúde com qualidade, de forma humanizada, segura e equânime. Elas foram instituídas para uma maior eficácia na produção de saúde e contribuem para a efetivação do SUS. Posteriormente ao surgimento da RAS, a RAPS foi instituída através da Portaria nº 3.088, de 23/12/2011 do MS, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Na busca pela garantia da integralidade do cuidado, a Política Nacional da Atenção Básica define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma das estratégias. Entretanto, surgem várias problemáticas no tocante a regulação e operacionalização das RAS.

Na nossa realidade local “estima-se que a Rede de Saúde Mental do Município de Campina Grande atenda cerca de 7.500 usuários e seus familiares” (SMS/CG, 2015). Sendo, desse modo, uma rede de cuidados que envolve uma parcela da população que requer um cuidado especializado, que é dotada não só de direitos como também de muito estigma social.

Em síntese, o presente trabalho discorre sobre o projeto de extensão universitária intitulado “TECENDO LINHAS DE CUIDADO PARA O FORTALECIMENTO DA REDE: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA PARA O MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL” vinculado à Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) através da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX). Para a sua efetivação foi imprescindível a presença ativa e colaborativa dos gestores da Atenção Básica (AB) do município de Campina Grande-PB. Eles quem nortearam as nossas ações para que pudessemos produzir diagnósticos situacionais mais precisos e seguros, também contribuíram com todo suporte disponibilizando locais para as oficinas e fazendo as convocatórias aos profissionais que participaram desse processo.

O presente artigo tem como objetivo discutir sobre as demandas do eixo ‘fraquezas’ que surgiram nas oficinas e rodas de conversa para o diagnóstico situacional dos serviços que constituíram o público-alvo desse projeto referente às situações observadas em crises vivenciadas e as estratégias utilizadas na abordagem, acolhimento, regulação e enfrentamento dessas situações.

2. METODOLOGIA

Para execução das atividades de extensão nós utilizamos metodologias ativas e participativas que estimulam o contato do público-alvo com os extensionistas, bem como com a coordenadora desse projeto. Os encontros com os profissionais de saúde foram realizados em formato de rodas de conversa, oficinas, debates de situações específicas e exposição dialogada com discussões em grupo.

Segundo Góis (2012), essas metodologias que colocam a participação coletiva como centro de interesse, buscam também dar movimento ao diálogo interdisciplinar entre áreas de conhecimento, promovendo a coparticipação, corresponsabilização e cooperação entre os profissionais e as partes envolvidas no processo de

transformação da realidade, compartilhando não apenas conhecimentos, mas experiências. É importante pontuar também que as metodologias participativas se fazem amplas devido à sua capacidade de reinvenção e adaptação de acordo com os cenários, contextos, demandas e públicos-alvo com que se pretende trabalhar. Para o diagnóstico situacional empregamos a estratégia S.W.O.T. (Acrônimo em inglês para Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats, que significa forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) que é muito utilizada na área da administração e funciona como base para planejamento estratégico organizacional. Em todas as oficinas, essa estratégia foi aplicada.

Para a confecção deste trabalho, apenas discutiremos o eixo que traz como tema as ‘fraquezas’. Utilizamos as seguintes perguntas que nortearam as discussões: Quais são as fragilidades da atenção básica no tocante ao cuidado à pessoa em situação de sofrimento psíquico? De que forma vocês (profissionais) tem manejado as casos de crise na Atenção Básica? Quais são as fraquezas que poderiam ser elencadas quando pensamos em manejo da crise em saúde mental pela Atenção Básica?

Cronologicamente as oficinas e rodas de conversa da Atenção Básica aconteceram nessa ordem:

15/05/2017	Reunião com o Diretor da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde para articulação do projeto de extensão.
29/05/2017	Roda de conversa com gestores dos Distritos Sanitários, coordenadores e colaboradores dos serviços de saúde mental do município.
7/06/2017	Roda de conversa com os profissionais dos Distritos Sanitários VI, VII e VIII para diagnóstico situacional.
14/06/2017	Oficina com os profissionais do Consultório na Rua e Roda de conversa com os profissionais dos Distritos Sanitários III e V para diagnóstico situacional.
21/06/2017	Roda de conversa com os profissionais dos Distritos Sanitários I, II e IV para diagnóstico situacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor visualização das demandas apontadas pelos profissionais que estiveram presentes na oficinas e rodas de conversa, dispomos abaixo de uma tabela com o consolidado das demandas levantadas pelos profissionais no eixo ‘fraqueza’.

Tabela 1. Consolidado da Atenção Básica

- Greves e paralisações
- Falta de educação continuada
- Alta rotatividade dos profissionais
- Falta de regulação nas Redes de Atenção
- Falta de articulação entre a assistência social e Rede de Atenção Psicossocial para as demandas de saúde mental
- Falta de regulação do Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU).
- Recursos humanos deficiente
- Ausência de psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Falta de qualificação dos profissionais
- Falta de acessibilidade aos serviços de Atenção Psicossocial
- Déficit de psiquiatra na Atenção Básica
- Ausência da clínica ampliada na Atenção Básica
- Falta de matriciamento
- Falta de acolhimento e escuta das pessoas que usam drogas
- Falta de referência e contrarreferência
- Ausência de diálogo entre as Redes de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial
- Falta de conhecimento das demandas para os Centro de Atenção Psicossocial
- Falta de manejo para as emergências psiquiátricas
- Grupos de SM com finalidade de apenas dispensação de medicamentos (uso irracional de benzodazepínico)
- Falta de conhecimento e identificação de crise em SM
- Falta de conhecimento da Rede
- Medicamentação

Fonte: Registros do projeto de extensão.

Ao final de cada oficina e roda de conversa, os extencionistas faziam os registros das demandas pontuadas e as disponibilizava em formato de ata na plataforma utilizada para registro das atividades. Quando finalizava-se um eixo, os membros do projeto se reuniam e faziam o consolidado das informações e discutiam junto à coordenadora o que havia sido mencionado.

Observamos que nas oficinas, os participantes citaram as greves e paralisações, seja elas referentes aos serviços ou aos próprios profissionais integrantes das equipes. Esse elemento fragiliza a assistência por dificultarem e interromper muitas vezes os atendimentos de todas as demandas, inclusive em saúde mental, promovem o desequilíbrio entre as demandas e a resolução das mesmas. O reconhecimento da importância das lutas por melhorias de condições de trabalho ocorre, contudo, evidenciam que no sentido assistencial é um fator negativo.

A falta de uma educação continuada sobre a área de saúde mental também foi apontada como um problema, pois, desqualifica os profissionais

para a assistência adequada. Demonstrando que é necessário maior incentivo de participação e maior oferta dessa forma de instrução, seja ela advinda da Secretaria, da Prefeitura ou outro órgão estatal, assim como, através de parcerias com as próprias universidades que são capazes de ser facilitadoras no mecanismo de educação permanente e continuada dos profissionais. Nessa perspectiva, promovendo a troca de saberes e vivências entre níveis diferentes do cuidado, e conseqüentemente, levando a assistência da comunidade no caminho da excelência.

A intensa rotatividade de profissionais também é relatada como impacto negativo, visto que quebra ou enfraquece o vínculo do usuário com o serviço, desestabiliza as rotinas de assistência firmadas baseadas nas demandas, instabiliza a qualidade do serviço. Por vezes, perde-se intervenções já praticadas e seus resultados alcançados, além da possibilidade de ocasionar inadaptação dos novos profissionais ao perfil da equipe e unidade.

Os profissionais da Atenção Básica pontuaram a falta de regulação na rede como uma grande fraqueza, eles sugerem que essa regulação seja feita de forma mais clara e enfática para que os serviços funcionem de forma mais efetiva e eficaz. A falta de matriciamento, diferentemente de algumas unidades, não ocorre adequadamente, ligada ao fato de que acontece isoladamente. Levando ao desvinculo entre atenção primária à saúde e a RAPS e, dessa forma, tornando insegura o referenciamento de usuários entre os serviços.

Um tópico alarmante citado foi a desintegração entre a atenção RAS (rede de Atenção à Saúde) e a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), evidenciada em diversos profissionais em momentos diferentes, demonstrando a repetitividade desse problema no sistema de saúde. O sentido apresentado refere-se ao real desvinculo vivido pelos dois serviços, sendo relacionado como o principal fator que dificulta a referência e contra referência, além de dificultar o matriciamento. Prejudicando, assim, a continuidade e qualidade da assistência ofertada.

A falta de regulação do SAMU surgiu como fraqueza pois esse serviço foi apontado diversas vezes como elemento-chave para atuação nos territórios e que precisa de mais capacitação para que as demandas que surgem sejam atendidas.

A falta de psicólogos na equipe de NASF também eterna um problema capaz de interferir significativamente na qualidade da assistência ofertada aos usuários, visto que aumenta a demanda dos psicólogos dos CAPS com demandas que poderiam ser supridas apenas na atenção primária, levando a uma sobrecarga desnecessária da média complexidade de atenção à saúde mental.

O despreparo de profissionais, frente ao manejo com usuários de demanda em saúde mental, provoca ainda mais desorganização no sistema de saúde. Justamente, pelo desconhecimento estar relacionado a conceitos básicos na área e que norteiam a conduta da assistência, bem como a referência e contra referência dos usuários, dentre esses conceitos, dispõem-se: definição de crise, sofrimento psíquico, transtornos mentais e evidências mais brandas de demanda em saúde mental. O motivo para essa problemática está claramente atrelado a reduzida oferta de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde sobre essa temática.

Outrossim, a falta de manejo em situações de emergências psiquiátricas devido a inexistência de um protocolo padrão de ação nessas situações, promovendo a uma demora no direcionamento do cuidado e podendo desencadear maiores danos ao indivíduo. Contudo, não está limitado a apenas isso, além desse, revela-se o desconhecimento sobre como a própria rede deve ser operacionalizada para eficiência da assistência.

Mas também, no que se refere a referência e contra referência, revela-se o surpreendente desconhecimento de muitos profissionais frente as demandas que possuem indicação para atendimentos nos CAPS, no que diz respeito ao nível de complexidade a qual o CAPS pode dar suporte assistencial. Por conseguinte, desorganizando a articulação entre atenção primária e a RAPS, desgasta a confiabilidade do usuário em relação a capacidade do sistema de saúde de atender sua demanda.

O déficit de médico especialista em psiquiatria que dê suporte à atenção básica, nos casos não ambulatoriais, é relatado devido a poucos NASF que dispõem desse profissional e gera ainda maior demanda aos CAPS com usuários que poderiam ser acompanhados a nível de atenção primária. Sugerindo que a presença de mais profissionais psiquiatras na Atenção Básica organizaria diversas fragilidades na rede de saúde. A integração desse especialista em mais equipes do NASF seria uma estratégia viável, visto que, de acordo com a demanda nas unidades e o médico psiquiatra ser uma das modalidades de CBO previstas como possíveis componentes da equipe do NASF, há embasamento legal e situacional para aplicação.

Outro ponto abordado foi sobre acessibilidade aos outros serviços de assistência a demanda mental, principalmente os CAPS. Por estarem localizados em sua grande maioria no bairro Alto Branco, torna inviável, e por vezes, impossível, para usuários que são advindos de localidades muito distantes. Visando a questão financeira para deslocamento de seu território a esses centros, já que, um grande quantitativo dos usuários possui renda limitada a outras necessidades. Esse fator contribui significativamente

para os altos índices de abandono de tratamentos, desregulação de seu acompanhamento, desvinculo serviço-usuário. Contudo, a concentração desses serviços em determinadas localidades é referente a sua normatização quanto a estrutura, pois, possuem exigência legal, de acordo com o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, disposto pelo Ministério da Saúde, o qual discorre sobre como deve ser os ambientes necessários a esses centros.

Dessa forma para atender a todas normas dimensionais, bem como dos cômodos que devem haver no espaço escolhido, e levando em consideração que o espaço a ser utilizado deve ser alugado, ou seja, não próprio, os imóveis disponíveis na cidade com esse porte estrutural, geralmente, estão também concentrados nessa localidade.

Enquanto, em alguns serviços o sistema de referência e contra referência evidencia uma força, em outros se mostra severamente fragilizado, principalmente, esse último. Devido, essencialmente, estar presente de forma deficiente, dificuldade de troca de informações entre os serviços, tanto da própria equipe de atenção primária à saúde quanto das outras complexidades de atendimento.

Outro elemento fragilizado elencado foi a falta de manejo para acolhimento e escuta de usuários de drogas, geralmente, provocado por estigma e preconceito frente esses indivíduos. Refletindo em negligência de assistência a essa população dentro do território de cobertura da unidade, desconsiderando o valor desses elementos para o acompanhamento adequado frente avaliação de tratamento pré-existente, bem como, de sua continuação. Evidenciando, dessa forma, riscos para a assistência de usuários de drogas, pois, sendo esses membros da comunidade, estão sob responsabilidade salutar da unidade de saúde do território.

A medicamentação também foi levantada como fator negativo, por ser o desfecho terapêutico de preferencial escolha dentre os profissionais de saúde, desconsiderando outras condutas, mesmo que essas apresentem melhores ou equivalentes resultados. Essa prática também foi indicada como sendo aplicada até em casos desnecessários, evidenciando risco para usuários com demandas menos complexas, assim como, promove ameaça terapêutica a outras intervenções já iniciadas previamente, seja elas nas mais diversas instâncias de cuidado. Ainda eleva o risco de interação medicamentosa em usuários que experimentam a polifarmácia.

Há muitas falhas desde o acolhimento dos usuários de Saúde Mental pelas portas de entrada do SUS até o sistema de Referência e Contra Referência que deve existir na comunicação entre as Redes e os serviços. A

necessidade de educação permanente dos profissionais em relação ao manejo dos usuários nas RAS é fundamental e se faz necessário também que capacitações para os mesmos sejam desenvolvidas com o objetivo de alcançar, com maior potencialidade, o que a Reforma Psiquiátrica preconiza.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse projeto que durou de Maio à Dezembro de 2017, podemos afirmar que as oficinas e rodas de conversa que proporcionamos juntamente aos profissionais que compõem as Redes de Atenção à Saúde de Campina Grande e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (PMCG) foram proveitosas e despertaram o interesse em utilizar ferramentas da Administração para avaliação e diagnóstico situacional dos serviços onde as pessoas trabalham. Esse projeto foi uma devolutiva que se originou no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e teve apoio e participação de estudantes de Medicina da mesma Instituição. Apesar deste trabalho focar na discussão das fraquezas, nós pontuamos que estas devem ser encaradas como questões passíveis de mudança e que requer um esforço coletivo, não somente da gestão, mas também de todos que compõem as Redes de Atenção à Saúde, incluindo usuários.

5. REFERÊNCIAS

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (Republicada em 31 dez. 2011, por ter saído, no DOU nº 247, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 232-233, com incorreção no original). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011h. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. p.25

GÓIS, Cezar Wagner de Lima (2012). **Psicologia Clínico-Comunitária**. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE (2015). Ministério da Saúde habilita serviços de saúde mental de Campina Grande. Publicada em 18 de setembro de 2015. Disponível em <<http://campinagrandepb.com.br/ministerio-da-saude-habilita-servicos-de-saude-mental-de-campina-grande/>> . Acesso em 25/03/2017.