

Crise em saúde mental: percepção do acesso ao tratamento dos usuários à rede de atenção psicossocial

Mental health crisis: perception of access to treatment of users in the psychosocial care network

Ana Karoline Silva Evangelista¹

ORCID: 0000-0001-6761-8479

Julie Souza de Medeiros Rocha²

ORCID: 0000-0003-0517-7633

¹ Residente em saúde mental do adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília, DF, Brasil.

² Terapeuta Ocupacional, preceptora e tutora do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Pesquisadora do Grupo de Estudos em epidemiologia, inovação tecnológica e gestão na saúde Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Ana Karoline Silva Evangelista - Unidade I - SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 - Edifício FEPECS. Email: psi.anakaroline@gmail.com. Contato: (61)99104-7348

RESUMO

Introdução: a Rede de Atenção Psicossocial tem o intuito de fornecer cuidados em saúde mental de forma integrada e ampla. **Objetivo:** verificar a percepção do acesso ao tratamento dos usuários na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, bem como as diferentes perspectivas sobre o conceito de crise em saúde mental. **Método:** entrevistas semiestruturadas foram aplicadas aos profissionais da assistência em saúde, gestores em saúde e usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. A partir do método de análise de conteúdo de Bardin, os resultados apontaram para paradigmas distintos que permeiam o atendimento à crise em saúde mental e dificuldade de acesso em razão do número reduzido de serviços e de profissionais. **Conclusão:** a saúde mental ainda carece de ser vista a partir do paradigma psicossocial, acrescentando-se que pode ser possível ultrapassar as barreiras de acesso ao tratamento a partir da ampliação dos serviços e profissionais especializados disponíveis.

Palavras-chave: Saúde Mental; Intervenção em Crise; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: the Psychosocial Care Network aims providing mental health care in an integrated and comprehensive manner. **Objective:** to verify the perception of access to treatment by users in the Psychosocial Care Network of the Federal District, as well as the different perspectives on the concept of crisis in mental health. **Method:** semi-structured interviews were applied to health care professionals, health managers and users of the Psychosocial Care Network of the Federal District. Using Bardin's content analysis method, the results pointed to different paradigms that permeate mental health crisis care and difficulty in access due to the reduced number of services and professionals. **Conclusion:** mental health still needs to be seen from the psychosocial paradigm, adding that it may be possible to overcome barriers to access to treatment by expanding the services and specialized professionals available.

Keywords: Mental health; Crisis Intervention; Mental Health Services.

INTRODUÇÃO

Etimologicamente falando, a palavra crise advém do grego *KrISIS*, que significa decisão e mudança súbita. Na cultura chinesa, tal palavra remete a um momento importante e essencial para decisão de vida ou morte, oportunidade e risco. Assim, a crise para alguns autores constitui-se de um momento de desarranjo que visa o arranjo, ou a cura. Ao se falar de crises psíquicas, o sofrimento agudo gera uma perturbação para além dos esforços de quem sofre; para lidar com determinada situação¹.

A atenção à crise em saúde mental denomina a junção de práticas em saúde com vistas ao cuidado a indivíduos em situações de sofrimento agudo e grave. Trata-se de um grande desafio e o manejo exige uma efetiva reorientação dos fluxos e dos atendimentos prestados. É também caracterizada por um momento de reflexão pelos profissionais dos equipamentos de saúde, os quais devem aperfeiçoar o manejo para lidar com a crise¹. Sendo assim:

“A atenção à crise em saúde mental se constitui como um aspecto decisivo para indicar se a rede de atenção fornece uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental (e protetora de direitos) nos momentos de maior fragilidade e sofrimento do usuário. De acordo com a percepção e experiência dos autores deste ensaio, historicamente no Brasil existe um cenário em que a assistência à pessoa com transtornos mentais em situações de crise é marcada pela institucionalização, pelo isolamento, por medidas involuntárias e pela violação de direitos humanos”¹.

Percebe-se, então, que a crise abre possibilidades. Exige que se pense diferente, se reflita e que se aja de maneira reformulada, aperfeiçoada. A atenção à crise na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui caráter estratégico de atuação, possibilitando uma reordenação dos serviços em saúde mental, especialmente no que tange aos processos de desinstitucionalização e objetivos da reforma psiquiátrica, impactando em um cuidado qualificado².

É durante a crise que a “loucura” mostra sua verdadeira face e coloca em xeque os aprendizados, as estruturas existentes, os saberes epistemológicos, demandando dos profissionais uma nova postura frente ao inesperado: tudo pode acontecer³.

No que diz respeito ao acesso aos serviços para atendimentos em saúde mental no Distrito Federal - DF, este se dava a partir do Hospital de Base, que foi o primeiro dispositivo do DF que ofertava assistência aos usuários com uma unidade psiquiátrica especializada, desde 1960, bem como o Hospital Regional de Sobradinho. Este

dispunha de convênio com Universidade de Brasília (UnB) e mantinha até mesmo leitos em clínica geral para internações que se mostrassem necessárias².

Em 1969 criou-se o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), que tinha uma proposta pioneira para oferta de atendimento multidisciplinar e interdisciplinar a crianças e adolescentes⁵. O COMPP nasceu de um convênio entre Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação do DF, e atendia alunos com necessidades especiais, tanto do DF como do entorno, e o acesso a este serviço se dava a partir de encaminhamentos das escolas públicas nas quais esses alunos estavam matriculados⁴.

Os pacientes que não eram comportados pelos serviços citados e que precisavam de internação psiquiátrica eram distribuídos em quatro clínicas conveniadas: Clínica de Repouso Planalto em Planaltina-DF, Clínica São Miguel em Luziânia-GO, Clínica Nossa Senhora de Fátima na Asa Norte-DF e Clínica São Judas Tadeu no Gama-DF, que totalizavam 720 leitos. Nestas clínicas, o acesso se dava apenas àqueles que contribuíam para o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Para os não contribuintes restava o Sanatório Espírita de Anápolis-GO, que possuía 60 leitos⁵.

As condições gerais de todos esses leitos não diferiam daquelas do restante do país, com ocupações de forma indiscriminadas, violações de direitos, violência, e atendimentos de casos leves, moderados e graves acontecendo concomitantemente a demandas de ordens diversas⁴.

Frente a tal situação, em 1976 foi criado o primeiro hospital psiquiátrico do DF, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), sendo renomeado em 1987 como Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Para acessar este serviço, não era necessário encaminhamento, pois funcionava em formato de pronto socorro e de internação. A criação deste dispositivo foi amplamente criticada, pois estava na contramão da reforma psiquiátrica que o país tentava implementar (e estava implementando), além de ir de encontro com a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para atendimento a crises em saúde mental⁵.

Em 1987 é criado o Instituto de Saúde Mental (ISM), primeiro serviço de natureza substitutiva no DF, nascido frente à crescente insatisfação da população em relação aos dispositivos de atendimento em saúde mental até então existentes. A criação

do ISM ocorreu em meio a diversos questionamentos (de familiares e de profissionais) quanto à possibilidade de oferecer cuidados em saúde mental de base comunitária, pautados em princípios antimanicomiais⁵.

Em 1993, ainda no percurso de grandes debates em saúde, foi aprovada a Lei Orgânica do DF, que continha em um de seus artigos a imprescindibilidade do cuidado em saúde mental a ser prestado com respeito à cidadania dos usuários, além de respeito aos princípios dos direitos humanos. Nos anos seguintes, avanços se seguiram com a realização do descredenciamento da Clínica São Miguel em 1994, com o I Fórum de Saúde Mental em 1995, com o II Fórum de Saúde Mental e a Fundação do CAPS/COMPP em 1996, criação de serviço de saúde mental no Hospital Materno Infantil em 1997 e o I Encontro de Serviços Substitutivos em Saúde Mental em 1998⁵.

Seguindo o percurso histórico da saúde mental no DF, pode-se citar também a criação do primeiro curso educacional e profissional em saúde mental nos moldes de Residência Multiprofissional em 1998. Nos anos de 1995 a 1998, o Hospital São Vicente de Paulo começou uma implementação de reformulação da oferta de serviços numa tentativa de desconstrução dos moldes exclusivamente manicomiais e asilares⁵.

Com as mudanças políticas e governamentais ocorridas em 1999, houve uma reorientação das políticas públicas de saúde no DF, em especial no que diz respeito à saúde mental, que passou por uma descontinuidade da reforma psiquiátrica implementada até então. O HSVP retorna ao modelo predominantemente hospitalocêntrico e as propostas de reforma psiquiátrica são removidas da agenda de saúde do DF, desestruturando os avanços alcançados. O programa de qualificação profissional em saúde mental, ora sido lançado como pioneira qualificação deste tipo no DF e no Brasil, foi extinto em 2001. Posteriormente, foi inaugurado um Centro de Atenção Psicossocial em 2006 e mais quatro serviços deste tipo em 2007⁵.

A retomada do contexto histórico da construção da rede de serviços em saúde mental é importante por criar uma linha cronológica para os moldes de como se deu a construção, anos depois, da Rede de Atenção Psicossocial do DF, instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011; no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, que garante acesso universal aos serviços especializados substitutivos aos modelos unicamente hospitalocêntricos⁶.

O público alvo dessa portaria são pessoas em sofrimento mental (por transtornos mentais), bem como pessoas que demandam cuidados em razão do uso de múltiplas substâncias psicoativas. A apresentação deste documento surge como legitimação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, decorrente de um processo político antimanicomial (permeado de avanços e retrocessos) vigente até os dias atuais⁶.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é organizada a partir de pressupostos de acolhimento, vínculo e historicidade dos sujeitos, pautadas no processo político antimanicomial. Porém, há também a visão objetiva biomédica frente à situação de crise, pautadas no modelo de “isolar para tratar”, no qual se legitima o “pragmatismo de intervenções pontuais”⁷.

Além disso, existe o paradigma de atendimentos baseados em protocolos e formalização de técnicas a serem utilizadas de forma generalizada. Concomitante a estes olhares, há também o paradigma psicossocial, que visa a avaliação individualizada de cada caso com foco na singularidade dos sujeitos¹². Assim, há uma tensão paradigmática das visões de crise na historicidade dos serviços de saúde mental, que irão nortear os modelos de atendimento, oferta e acesso a esses serviços.

Uma auditoria operacional realizada pela Secretaria de Saúde do DF em 2014, com objetivo de avaliar a RAPS no âmbito distrital, verificou que os serviços oferecidos não funcionam de forma integrada, além de não possuírem dispositivos suficientes para permitir o adequado acesso e funcionamento deste sistema. Tal auditoria apontou a falta de recursos humanos como aspecto importantíssimo no impacto negativo da qualidade nos atendimentos em saúde mental⁸.

Outro aspecto importante apontado pela auditoria diz respeito ao acesso e fluxo dos atendimentos da RAPS-DF. Há uma inversão neste quesito: o atendimento psicossocial acaba tendo como porta de entrada os Centros de Atenção Psicossocial, em vez das Unidades Básicas de Saúde, na contramão das normativas atuais⁸.

Um relatório recente publicado em 2022⁹, também pela Secretaria de Saúde do DF, objetivou trazer luz a dados atualizados sobre a RAPS e a atual conjuntura distrital sobre os serviços de saúde mental. O relatório evidenciou várias dificuldades de acesso em relação à Rede, dentre elas: a dificuldade de acesso a leitos de hospitais de referência para internação compulsória (nos casos de adoecimento por transtornos mentais); características regionais (predomínio de áreas rurais) que complexificam a

locomoção e acesso aos serviços; insuficiência de serviços disponíveis para efetiva base territorial de oferta de atendimentos; e cobertura populacional dos serviços atendem uma população maior do que as normativas estabelecem.

Este estudo visou descrever a percepção subjetiva do acesso dos usuários aos serviços de atenção psicossocial, tendo em vista as diferentes perspectivas sobre o conceito de crise em saúde mental. Sendo assim, qual a percepção do acesso ao tratamento dos usuários na RAPS no Distrito Federal pelos profissionais da assistência em saúde, gestores em saúde e usuários desta rede?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa. Os participantes desta pesquisa foram usuários, profissionais da assistência em saúde e gestores de serviços constituintes da RAPS de uma região administrativa de saúde do Distrito Federal. A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência, visando abranger classes distintas daqueles que fazem parte do cotidiano dos serviços. Foi composta por 12 atores sociais, sendo: quatro usuários de serviços de saúde; quatro profissionais da assistência em saúde e quatro gestores de serviços de saúde. Os serviços de saúde que fizeram parte da pesquisa foram: uma Unidade Básica de Saúde; um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, um Centro de Atenção Psicossocial II e um Hospital que dispõe de atendimento psiquiátrico.

O instrumento de entrevista utilizado foi construído especificamente para esta pesquisa pela pesquisadora principal, sendo composto por duas questões fechadas contendo dados sobre a profissão e o tempo de serviço/utilização da RAPS para caracterização da amostra, e três perguntas abertas: “O que você considera como crise em saúde mental?”, “O que você considera como facilidades e dificuldades para o acesso a este serviço?” e “Você sente que o tratamento que é ofertado ou recebido atende as suas necessidades e dos usuários deste serviço?”.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a abril de 2023 nos locais de trabalho ou atendimento dos envolvidos na pesquisa, e apresentou tempo médio de aplicação de quatro minutos por entrevista, que foram audiogravadas e transcritas pela pesquisadora principal para posterior análise dos dados.

A tratativa de dados ocorreu por meio da análise de conteúdo de Bardin, dividida em três fases distintas: a primeira consistiu na pré análise (leitura das respostas obtidas, classificando-as de acordo com sua pertinência para a pesquisa, dando-se predileção para a presença de concordância das respostas dos entrevistados), a segunda de exploração do material (organização em categorias do que emergiu dos discursos) e a terceira ocorreu com o tratamento dos resultados – (inferências e interpretações)¹⁰.

A análise de conteúdo de Bardin é uma abordagem de cunho qualitativo, que permite um olhar avaliativo de análise das comunicações, visando à tratativa de informações a partir da descrição analítica do que é comunicado, podendo se desdobrar em significados, de significantes e/ou de tratamentos descritivos¹⁰.

Inicialmente, caracterizou-se a amostra a partir dos especificadores “profissão” e “tempo de serviço”. Os dados obtidos por meio da aplicação das entrevistas foram lidos, transcritos e classificados de acordo com a pertinência da pesquisa (reiteração de conteúdo similar das respostas obtidas). Em seguida, os resultados e a discussão foram apresentados a partir do conglomerado de participantes divididos por categoria dos entrevistados – Profissional da assistência, Gestor e Usuário – optando-se pela evidenciação de respostas semelhantes.

A discussão privilegiou o que apareceu de forma mais expressiva no conteúdo do que foi comunicado nas entrevistas, sem distinção entre os entrevistados, a fim de evidenciar conteúdos que expressaram percepções semelhantes acerca do tema proposto.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em janeiro de 2023, com parecer consubstanciado de número 5.846.102 e CAEE 64414222.7.0000.5553. Os participantes foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e os respondentes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 12 entrevistas com três categorias de entrevistados distintos - Profissional da Assistência, Gestor e Usuário da RAPS. A interpretação dos dados iniciou-se com a caracterização da amostra, seguida da apreciação e análise de conteúdo

dos dados obtidos, que visou respostas semelhantes distinguindo-se por tema da pergunta realizada e dentro do tema pela categoria de entrevistado.

Na discussão foram realizadas inferências dos conteúdos obtidos à luz de estudos selecionados para responder os problemas da pesquisa. Em síntese, o referencial teórico adotado versa sobre os conceitos de saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial e desdobramento sobre o acesso à saúde mental no DF^{6,8-9,11,13-14}.

Caracterização da amostra

Caracterizou-se a amostra a partir de dois especificadores - profissão e tempo de serviço/utilização da RAPS. Dos 12 participantes da pesquisa, dois eram assistentes sociais, uma médica psiquiatra, uma enfermeira, quatro técnicos em enfermagem, um desempregado/sem profissão, uma secretária executiva, um garçom e um repositor de mercadoria. O tempo de serviço/utilização dos dispositivos da RAPS variou entre um mês e 21 anos (média de 9 anos e 2 meses).

Conceito de crise em saúde mental

No que diz respeito ao conceito de crise em saúde mental, os gestores identificaram o desarranjo individual e a perda de autonomia como principais características de crise, numa perspectiva biológica. Apenas uma das respostas divergiu, enfocando um caráter psicossocial da crise. Para Gestor 02C: *“A crise em saúde mental pra mim é uma situação aguda de dificuldade extrema de socialização. Eu associo muito a questão de que todo o problema relacionado, toda vez que alguém me fala de um problema em saúde mental eu identifico como sendo uma dificuldade de socializar de alguma forma”*.

Para os profissionais da assistência, a crise em saúde mental tem foco conceitual em aspectos individuais, como para o Profissional 02C: *“É... eu acredito que seja qualquer comportamento que, que assim fuja do controle sabe... por exemplo a automutilação né, a ideação né exacerbada...”* Embora também recaia para a crise do próprio serviço de saúde mental. *“Ah a gente passa por várias crises, ou falta de medicação, ou...não consegue trazer os pacientes aqui pra dentro, a assistência não se*

torna uma boa assistência, a gente às vezes as vezes tem dificuldade em articulação com rede intersectorial”.

Já para os usuários, o conceito de crise em saúde mental, assim como para os profissionais da assistência, apresentaram respostas com enfoque individual e intrapsíquico, no qual o indivíduo não consegue lidar sozinho com seu desarranjo, necessitando de acompanhamento. Para o Usuário 04H: *“Crise em saúde mental pra mim significa... como eu posso dizer.... não tá conseguindo lidar consigo mesmo naquele momento, é um momento de vulnerabilidade em que... eu pelo menos procuro ajuda, é horrível, qualquer crise, de qualquer transtorno mental é horrível”.*

Facilidades e dificuldades dos serviços

Para os gestores dos serviços da RAPS, a principal facilidade de acesso ao tratamento se dá através da escuta, em especial a escuta qualificada. Também foi citado o fato de dois dos quatro serviços entrevistados serem 24h, permitindo assim que os atendimentos possam ocorrer para além do horário comercial. *“O que eu considero como facilidades, acredito que o primordial é uma escuta qualificada do usuário, para vários tipos de abordagem mediante primeiro a escuta qualificada para descobrir qual a queixa inicial e qual a conduta a ser tomada posteriormente, mas acredito que, se tiver uma boa escuta, a possibilidade de sucesso já fica bem assegurada”.* – Gestor 02U.

Para os profissionais da assistência em saúde, a principal facilidade de acesso aos serviços se refere ao fato de ser porta aberta, ter acessibilidade por transporte público e a possibilidade do usuário ser atendido de pronto, mesmo que o fluxo dos serviços possa direcioná-lo a outro ponto da assistência. Para o Profissional 02C: *“Facilidade que eu vejo é porque é um serviço de porta aberta, então pro paciente, a pessoa tá passando ali e saber que aqui tem (o serviço da RAPS) e não tá se sentindo bem, ele pode ter acesso, não que ele obrigatoriamente fique, mas é um serviço de porta aberta. Acho que é a principal facilidade assim”.*

Já para os usuários, as facilidades citadas durante as entrevistas resultaram em respostas que contrastaram entre si, embora a localidade e o acesso ao serviço por meio de transporte público tenham sido tópicos abordados. Para ao Usuário 2C um facilitador é: *“(...) a localidade é muito importante, lugar que tenha acesso a transporte público,*

onde tenha acesso para todos os tipos de situações, e... que as pessoas consigam de fato o atendimento, que o atendimento que é prometido seja cumprido na sua totalidade”.

No que diz respeito às dificuldades e limitações que os profissionais encontram nos serviços que prestam assistência, estas podem ser divididas em duas categorias: dificuldade focada no aparelho público e dificuldades no tipo de demanda do usuário, *“(...)a gente entende mesmo que o número é limitado de consultas, os profissionais não conseguem atender a demanda que é... que, eu nem diria nem só do Distrito Federal, porque a gente sabe que recebe pacientes e atende de todo o entorno, de outros estados...”* – Profissional 04H. Já para o Profissional 02U: *“Às vezes chega um paciente em crise, aí a gente aciona o SAMU ou o bombeiro, eles não sabem onde levar, a gente fica na dúvida, pra onde levar, às vezes a gente encaminha pra uma UPA, chega na UPA não entende porque mandou pra lá, e devolve esse paciente, esse paciente fica à mercê...”*.

Para os gestores dos serviços, as principais dificuldades e limitações não se assemelham, tendo sido apresentadas em quatro formas distintas: dificuldade em relação à escassez de profissionais; dificuldade quanto ao espaço físico do serviço; dificuldade quanto à prática no serviço conforme normativas vigentes e dificuldade quanto ao trabalho focado apenas na figura do médico psiquiatra.

Para os usuários, as maiores dificuldades encontradas para o acesso aos serviços da RAPS são a insuficiência de profissionais na assistência aos usuários e a insuficiência de serviços disponíveis no DF. Para o Usuário 01D: *“Amplitude de profissionais principalmente porque eles são, eles acabam sendo sobrecarregados porque é muita gente que procura (...) acharia que eles deveriam ter uma amplitude dentro das cidades satélites aí, entorno, porque... os hospitais de Brasília, os postos de saúde, eles são muito defasados, atendimento não tem tanta funcionário assim...”*.

Tratamento (ofertado ou recebido) e o atendimento às necessidades dos usuários do serviço

Para os gestores dos serviços da RAPS entrevistados, as respostas se assemelharam por refletirem o sentimento de que o tratamento ofertado atende sim às necessidades dos usuários do serviço. Nenhum gestor caracterizou a oferta de serviço como não atendida, embora todos tenham acrescentado que as demandas muitas vezes se apresentam de forma complexa, o que gera dificuldades na prestação de serviço,

influenciado pelo fluxo de encaminhamentos a outros níveis de atendimento em saúde mental e insuficiência de profissionais nos dispositivos da RAPS. Para gestor 01D: *“as nossas as necessidades, desse Caps, dos usuários desse Caps, ela é muito diferente, então muitas vezes a necessidade que o usuário nos traz, ele vai muito mais no campo da intersectorialidade de outras políticas”*.

Para os profissionais da assistência, as respostas quanto ao atendimento das necessidades dos usuários foram distintas. Enquanto a metade dos profissionais acredita que o tratamento oferecido atende às demandas dos usuários, a outra metade acredita que a limitação do espaço físico da unidade de saúde inviabiliza a oferta de tratamento adequado, além de acrescentar outra variável à questão: a patologia do usuário.

Já para os usuários dos serviços da RAPS, a percepção foi consonante em sentir que o tratamento recebido atende às necessidades as quais se propõem atender. Para o usuário 02C: *“Eu acredito que sim, eu gostei muito do atendimento, das profissionais daqui que me atendeu em todas as áreas, e eu acho legal também essa forma de trabalho assim multiprofissional, achei interessante.”*

No que tange o conceito da crise em saúde mental, os resultados demonstraram tanto um enfoque individual, como também uma crise do próprio serviço, demonstrando um conceito que se norteia por um lado pelo paradigma biomédico/biológico e intrapsíquico, e por outro lado por um paradigma psicossocial-

O paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como centro, sendo o sujeito adoecido o foco das intervenções multiprofissionais, enfatizando-se os determinantes biológicos para o sofrimento apresentado. Este dado sugere que tal paradigma ainda é fruto de características socioculturais do tratamento individual que norteiam as práticas da assistência frente à crise considerada apenas como um problema do sujeito adoecido havendo, portanto, a necessidade de se pensar e agir a partir de uma visão ampliada dos indivíduos¹¹.

Por outro lado, o paradigma psicossocial possibilita a visão de sujeito de forma ampla, sendo baseada no que postula a Reforma Psiquiátrica, com intervenções para além do enfoque individual, englobando também o nível comunitário, social, interprofissional das ações da assistência em saúde mental, compreendendo o indivíduo adoecido em seu contexto¹¹. Formando-se assim um paradigma de existência – adoecimento – corpo social.

No que diz respeito às dificuldades e facilidades no acesso aos serviços da RAPS DF foi possível analisar que ser um serviço porta aberta é o principal facilitador de acesso à Rede, pois possibilita o cuidado em saúde mental no momento da necessidade do usuário, conforme preconizado na Portaria que instituiu a RAPS⁶.

A escuta qualificada como dispositivo facilitador da atenção à crise é descrita principalmente pelos gestores entrevistados como um fator importante na oferta dos serviços. Trata-se de um instrumento de tecnologia leve e de acolhimento que visa apreender o que é mais importante do que é dito pelo usuário, identificando na queixa as demandas que precisam de atenção e cuidado¹². Portanto a escuta qualificada, além de um facilitador de acesso, é também uma potencialidade desses serviços, na medida em que configura um tipo de cuidado especializado, estratégico e voltado para uma visão ampla de sujeito.

A localidade e meio de transporte (público) para se chegar aos serviços também foram considerados importantes ao se falar de facilitador de acesso, principalmente à óptica dos usuários. Esta característica pode ser associada à necessidade dos serviços terem uma base comunitária no território em que se localiza, embora não tenha sido explicitado como tal, o que careceria de um aprofundamento dos dados.

Este dado ratifica o que traz o último estudo realizado sobre a situação da saúde mental no DF, em 2022⁹, que concluiu que os serviços disponíveis atualmente estão na contramão do que é preconizado na Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011⁶, com insuficiências de serviços disponíveis e população por dispositivo de saúde mental superior ao que este deve abranger. Logo, os resultados apresentados se coadunam ao esperado, apontando, mais uma vez, para fragilidades de acesso que se repetem ao longo dos últimos anos.

Quanto às dificuldades de acesso, os resultados obtidos ratificaram o que a Auditoria de 2014 dos serviços da RAPS trouxe em seu escopo⁸, demonstrando que, mesmo quase 10 anos depois do trabalho de inspeção realizado, os principais desafios citados pelos entrevistados (Gestores, Profissionais da Assistência e Usuários) também apontam para a insuficiência de serviços de atendimento psicossocial disponibilizados no DF e a escassez de profissionais na assistência à saúde mental.

Para uma RAPS eficiente no DF, conforme preconizada nas normativas vigentes⁶, se faz necessária a contratação de recursos humanos especializados,

capacitação desses recursos, bem como disposição de espaço físico adequado, seja a partir de reforma dos serviços existentes, seja pela expansão do número de serviços para maior cobertura territorial.

Ademais, pesquisas que contemplam mais dispositivos da RAPS, bem como entrevistar outros atores sociais que estão imbricados na dinâmica assistencial (como familiares, comunidade,icineiros) poderiam corroborar com os achados resultantes até aqui, servindo assim de embasamento e qualificação do serviço prestado em saúde mental.

Muitos são os desafios na implementação de políticas públicas que consigam abarcar a problemática da crise em saúde mental, que sejam de fato alicerçadas nos princípios da reforma psiquiátrica, com base territorial, superando-se, desse modo, a lógica de “trancar para tratar”, desinstitucionalizando o cuidado ofertado. As instituições devem ser pautadas no diálogo e na transformação social e relacional do sujeito, enriquecendo, assim, sua existência, com o acompanhamento focado no usuário, e não na doença¹³.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o acesso à RAPS DF ainda se encontra com fragilidades, conforme auditoria realizada em 2014, sob na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores que convivem com a realidade desses serviços. Isso reforça os dados quantitativos de estudos anteriores e evidencia uma necessidade urgente de mudanças na oferta de serviços em saúde mental para garantir o acesso da população.

Uma limitação do estudo diz respeito ao tamanho da amostra e também ao fato de as entrevistas serem realizadas por profissional da área. O recorte temporal também pode ser considerado como limitação, tendo em vista que uma perspectiva longitudinal poderia enriquecer a pesquisas futuras, ao contrapor mudanças e estagnações relação ao acesso aos serviços da RAPS DF.

Pode-se dizer que encarar o conceito de crise em saúde mental como um problema apenas do indivíduo em sofrimento dificulta compreender as diferentes facetas do sofrimento humano, bem como das situações de crise, que carregam

intrinsecamente em seu escopo a característica da multifatorialidade (influências sociais, econômicas, familiares e comunitárias, por exemplo).

Sabe-se que os serviços da Rede de Atenção Psicossocial possuem potencialidades na prestação de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, ratificando-se a importância do acolhimento e da escuta como instrumentos fundamentais de intervenção e garantia de acesso, sendo imprescindível para o direito à saúde, em especial em situações de crise em saúde mental. E que, apesar das dificuldades apresentadas, ainda se mantêm promovendo tratamentos que atendem, em parte, às necessidades da população.

Acrescenta-se ainda a grande lacuna de insuficiência de serviços disponibilizados na Rede e da escassez de profissionais na assistência como fatores considerados preocupantes pela maioria dos entrevistados. Essas dificuldades não só podem ser barreiras de acesso, como evidenciam uma possível carência de investimentos em financiamento de mão de obra especializada e insuficiência de serviços de saúde para atender à população que busca a RAPS no DF.

REFERÊNCIAS

1. Cruz, K. et al. Atenção à crise em saúde mental: Um desafio a reforma psiquiátrica brasileira. Rev. Nufen: Phenom. Interd. Vol. 11, nº2, pp. 117-132. Belém, Ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008
2. Silva, M; Dimenstein, M. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. Rev. Arquivos Brasileiros em Psicologia. Vol. 3, n.66, pp. 31-46. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672014000300004
3. Roquette, R. A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em saúde pública Sérgio Arouca. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39668/2/ve_Rebecca_Dorneles_ENSP_2019

>

4. Lima, M. G. Política e assistência da saúde mental na Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Revista de saúde do Distrito Federal, vol 4, p.1-4. Brasília, 1993.

5. Santiago, M. G. Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. Tese de mestrado. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/6371>>

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

7. Dias, M; Ferigato, S; Fernandes, A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 25(2):595-602, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/abstract/?lang=pt>>

8. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Auditoria Operacional Rede de Atenção Psicossocial – SES/DF. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/RedeDeAtencaoPsicossocial.pdf>

9. Diretoria de Saúde Mental. Saúde mental do DF em dados. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAd+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>>

10. Bardin, L. Análise de conteúdo. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

11. Sousa, PF; Maciel, SC; Medeiros, KT. Paradigma biomédico x Psicossocial: Onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? Rev: Temas em psicologia, vol 26, n. 2, p. 883-895. Ribeirão Preto. Junho/2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n2/v26n2a13.pdf>>

12. Maynard, WH. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Rev Acta Paul Enferm. 27(4): 300-3. Alagoas, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/GbQ3nnHqHpPTSzm8JX4Jdqf/abstract/?lang=pt>>

13. Nicácio, F; Campos, G. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942/15760>>.

Ahead of Print - Accepted Article