

Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira

Mental Health in Primary Care:
an evaluative study in a large Brazilian city

Rosana Onocko Campos ¹
Carlos Alberto Gama ²
Ana Luiza Ferrer ²
Deivisson Vianna Dantas dos Santos ²
Sabrina Stefanello ²
Tiago Lavras Trapé ²
Karime Porto ²

Abstract Primary Healthcare (PHC) is internationally acknowledged to be responsible for dealing with most community health problems, including mental health issues. The scope of this work was to evaluate the links between primary care and mental health in areas of high social vulnerability in a large Brazilian city (Campinas, State of São Paulo) using parameters defined in this study. Evaluative and participative – mainly qualitative – research, was conducted. Two groups were defined by cluster technique: one group of Basic Health Units with a higher degree of innovative strategies and another with a lower level of innovation, and the two were then compared. Matrix support was observed as a powerful tool to define workflows, to qualify the teams and to promote joint and shared care. The strategic role of community health agents was seen to identify potential benefits and listen more closely to the population's needs. Health promotion practices are not consolidated as yet. When innovative strategies take the professionals into extra-mural activities, users acknowledge and occupy new spaces, with actions that are different from the traditional complaint-behavior model.

Key words Mental health, Public health, Family Health Program, Unified health system

Resumo A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, incluso a mental. O presente estudo buscou avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira (Campinas – SP) através dos parâmetros: pesquisa avaliativa, participativa e predominantemente qualitativa. Foram definidos dois grupos pela técnica de clusters: um de Unidades Básicas de Saúde com maior grau de implantação das ações inovadoras e outro com menor grau de implantação. Posteriormente foi realizada uma comparação. O apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada. Detectou-se um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas. Quando os arranjos possibilitam inserções dos profissionais em atividades extramuros, os usuários reconhecem e se apropriam dos espaços, possibilitando ações que se distanciam da tradicional queixa-conduta.

Palavras-chave Avaliação de programas e projetos de saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Saúde Pública, Programa Saúde da Família, Sistema Único de Saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo 126, Unicamp. 13083-887 Campinas SP. rosana@fcm.unicamp.br
² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas

Introdução

Na Conferência Internacional de Alma-Ata definiu-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade nos níveis preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção¹. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), ela se constituiu em uma das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde². No Brasil, o Ministério da Saúde adota, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem como objetivo estruturar os sistemas municipais visando reordenar e promover a transformação do modelo biomédico tradicional de atenção, buscando racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais³.

No contexto brasileiro, na área de saúde mental, as políticas públicas estruturaram, para os usuários portadores de transtornos mentais graves, um modelo substitutivo ao centrado no hospital⁴. O qual parece estar consolidado e em franca expansão, e avaliações recentes apontaram que a rede de saúde mental é continente e traz maiores níveis de satisfação aos usuários em diversas localidades⁵, mas ainda com algumas fragilidades em outros locais⁶.

Já o delineamento de uma proposta para a Saúde Mental na Atenção Primária ganhou ênfase em 2003 com a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Primária, nº 01/03⁷ e com a Portaria 154 que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e instituiu seu financiamento⁸. Sendo os princípios fundamentais: noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia. Além disso, aponta para a criação de uma rede de cuidados que se articularia no território através da criação de parcerias intersetoriais e intervenções transversais de outras políticas públicas.

Pensar o processo de adoecimento, em suas múltiplas variantes, ainda não é prática comum nas equipes de saúde, em diferentes níveis de atenção⁹. A atenção fragmentada e centrada ainda nas especialidades se confirma como uma prática hegemônica em muitos países, mesmo nos ricos e industrializados¹⁰. Diante da fragmentação reinante nas práticas de saúde atuais julga-se necessário discutir a necessidade de uma aproximação da saúde mental junto à atenção primária. No mundo, vários sistemas de saúde de cobertura universal apontam dificuldades para a

conciliação entre ambas, como a falta de capacitação dos profissionais, e a medicalização crescente e inapropriada dos problemas sociais¹¹. Mas temos que na Inglaterra, por exemplo, 90% dos pacientes considerados como tendo problemas mentais tiveram contato com seu clínico geral na atenção primária¹². Ainda no sistema de saúde inglês, 20 a 25% das consultas têm como única razão problemas de saúde mental¹³. Além disso, pessoas com doenças crônicas ou recorrentes, com frequência, têm taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral¹⁴.

Estudos brasileiros apontaram que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária¹⁵⁻¹⁶. Isto enfatiza o papel fundamental desta no diagnóstico e no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Como estaria funcionando a relação entre a rede de saúde mental e da atenção primária em uma grande cidade da região mais rica do Brasil? Qual a visão de diferentes atores em relação à assistência em saúde mental? Alguns arranjos de organização dos serviços teoricamente destinados a melhorar essa articulação estariam de fato funcionando? E se sim, teriam tido o efeito esperado? Foi objetivo deste estudo avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira. Para tal formularam-se os seguintes objetivos específicos: a) compreender a lógica utilizada para encaminhar casos identificados como sendo de saúde mental; b) identificar o padrão de consumo de psicofármacos nas unidades estudadas; c) avaliar o conhecimento que os pacientes têm dos psicotrópicos de uso prolongado que utilizam d) Avaliar os efeitos integradores de dispositivos de apoio especializado matricial; e) compreender a avaliação que familiares de pacientes da saúde mental fazem sobre a rede de serviços públicos.

Metodologia

Tratou-se de um estudo avaliativo¹⁷, participativo¹⁸, de caráter predominantemente qualitativo¹⁹, guiado pela hermenêutica gadameriana como postura metodológica²⁰, que se utilizou da triangulação de métodos²¹. O caráter participativo propiciou a inserção, na equipe de pesquisa, de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde da cidade desde a fase inicial de desenho do estudo até os processos de análise e interpretação dos resultados, o que colaborou para minimizar even-

tuais prejuízos nas tomadas de decisões, se compararmos com processos avaliativos unilaterais, que não levam em consideração os diferentes grupos de interesses envolvidos no processo¹⁸. Foram estudadas seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas em região com os piores índices socioeconômicos e que apresentaram homogeneidade em relação a: critérios de alta taxa de vulnerabilidade social, características estruturais e dados de produção semelhantes, evitando-se trabalhar com Unidades com dimensões muito diferentes em termos de recursos instalados e área de abrangência.

Para identificar as Unidades com características homogêneas foi criado um instrumento na forma de uma escala que avaliou a implantação de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) com adscrição de usuários; existência, frequência e dinâmica da reunião de equipe; elaboração de projetos terapêuticos e discussão coletiva de casos clínicos; presença regular (mensal, quinzenal ou semanal) de apoio matricial com as funções de: discussão conjunta de casos clínicos, atendimentos conjunto de casos e capacitação teórico conceitual da equipe; e existência e frequência de atividades intersectoriais e atividades grupais na unidade que visassem à prevenção e promoção da saúde. Os valores arbitrários estabelecidos para cada variável aumentavam quanto maior fosse a frequência e o número de atributos declarados pela UBS em estudo. A escala foi validada previamente em duas UBS que não participaram do estudo, utilizando-se o consenso grupal como resposta, a fim de evitar vieses de opiniões individuais. Esta foi aplicada durante a reunião de equipe por dois pesquisadores independentes, e calibrada.

A técnica de *cluster analysis*, com software S-Plus 4.0 foi utilizada para agrupar as UBS que tivessem mais pontos em comum em relação às variáveis mapeadas²². O resultado dos *clusters* mostrou dois grupos que se sobressaíram conforme as similaridades entre as variáveis: o grupo I, com equipes organizadas pelo modelo ESF, reuniões semanais regulares para elaboração de projetos terapêuticos e discussão de casos clínicos, presença de apoio matricial da saúde mental pelo menos quinzenalmente com atendimentos e discussões conjuntas dos casos; e o grupo II, sem presença dessas variáveis ou com presença, porém com frequência muito baixa, apoio matricial da saúde mental mensal somente com função de capacitação, ou sem discussão de casos clínicos, etc.

Identificados os dois grupos, realizaram-se 9 grupos focais, sendo 3 do grupo I (dos quais, 1

de trabalhadores, 1 de usuários e 1 de ACS) e 6 do grupo II (2 de trabalhadores, 2 de usuários e 2 de ACS), definindo como critério de inclusão dos participantes:

. Usuários: 6 hipertensos, 6 usuários dos serviços de saúde mental, adultos, sendo 4 homens e 8 mulheres, que conhecessem a unidade há mais de seis meses, que tivessem utilizado o serviço no mínimo três vezes no último semestre e que apresentassem interesse em participar do estudo.

. Trabalhadores: 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 psicólogos ou terapeutas ocupacionais, 4 profissionais de nível médio, que trabalhassem há mais de seis meses na Unidade e apresentassem interesse em participar do estudo.

. ACS: trabalhar há mais de seis meses na Unidade e apresentar interesse em participar do estudo.

A separação dos grupos de trabalhadores e agentes comunitários de saúde baseou-se em critérios de homogeneidade na composição dos grupos e em experiência de pesquisa anterior, na qual diferenças de nível de escolaridade produziram situações institucionais de uso de poder que se refletiram no contexto grupal²³.

Foram realizadas também 29 entrevistas semiestruturadas em visitas domiciliares com usuários e familiares das UBS estudadas, que passaram pela experiência de encaminhamento entre atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, independentemente do resultado desse encaminhamento.

Tanto os grupos focais como as entrevistas foram gravados em áudio e transcritos na íntegra. Para análise e interpretação, essas transcrições foram transformadas em narrativas²⁴. Primeiramente, analisaram-se os núcleos argumentais das diferentes vozes (trabalhadores, usuários e ACS) dentro de cada grupo. Após, foram comparadas as mesmas vozes (usuários com usuários, etc.) nos dois grupos, identificando-se as diferenças entre eles. Este processo longo e complexo obrigou os pesquisadores envolvidos no estudo a trabalhar os conteúdos avaliados repetidas vezes, permitindo uma compreensão aprimorada das questões em análise, realizando a espiral interpretativa hermenêutica.

Além disso, realizou-se um levantamento da dispensação de medicamentos psicotrópicos no período de oito meses, via base de dados informatizada (tempo real) das farmácias das UBS da prefeitura municipal. Nessa base de dados, toda medicação efetivamente entregue a algum usuário ganha registro de prescritor, paciente e quantidade, independentemente do local de retirada.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e todos os sujeitos assinaram o TCLE conforme a declaração de Helsinki. Cuidados especiais foram tomados pelas características participativas do estudo envolvendo representantes da gestão municipal. Assim, quando chegada a ocasião de analisar o material, este foi apresentado ao grupo de pesquisadores sem identificar a qual UBS pertenciam para evitar vieses produzidos pela proximidade desses participantes do campo.

Resultados e discussão

a) Aspectos relacionados à corresponsabilização e encaminhamento dos casos de saúde mental

A demanda de saúde mental na atenção primária é vista por ambos grupos como grande e diversificada, produzindo angústia nas equipes e exigindo um trabalho de compreensão, o que tensiona certo tipo de procedimento mecanizado de queixa-conduta, representado principalmente pelos protocolos utilizados em outras áreas de conhecimento. É também considerada uma demanda complexa, atravessada pela questão da precariedade do território e pela vulnerabilidade social. Estudos epidemiológicos a respeito dos Transtornos Mentais Comuns indicam que aproximadamente 20% da população apresenta algum tipo de sofrimento psíquico que necessitaria de atenção de um profissional de saúde²⁵. Apontam também uma correlação entre o aumento de problemas de saúde mental e baixo nível sócio econômico²⁶.

Os aspectos relatados: baixa qualificação das equipes, sentimentos de angústia diante da complexidade das situações, abordagens clínicas tradicionais (queixa-conduta) somadas à complexidade das questões relacionadas à vulnerabilidade social e as altas prevalências de problemas de saúde mental impõem aos profissionais e aos gestores públicos a criação e intensificação de novas estratégias de formação e apoio contínuo à Atenção Primária.

Em relação à articulação dos profissionais de saúde mental inseridos na atenção primária com a rede de serviços, ambos os grupos conheciam os CAPS do seu território e possuíam informações do trabalho lá realizado. Observou-se que o grupo

I diferenciou-se pelo fato dos trabalhadores possuírem critérios mais elaborados a respeito do perfil de paciente a ser encaminhado. Este grupo apresentou uma parceria mais estruturada e frequente com o CAPS, manifestada através de discussão conjunta de casos, corresponsabilização pelo tratamento dos usuários que frequentam os dois espaços (CAPS e UBS), de acordo com o projeto terapêutico e a necessidade do momento. No grupo II, a relação CAPS/UBS se manteve centrada no encaminhamento, sem uma verdadeira corresponsabilização pelo caso. Isso resultou em descontinuidade do acompanhamento tanto pela UBS como pelo CAPS: *“os critérios que usamos pra fazer os encaminhamentos não são tão claros, às vezes é confuso, tanto que uns encaminhamentos vão e voltam, vão e voltam. Inclusive para o próprio CAPS”* (narrativa de trabalhadores do grupo II).

A fragmentação da rede foi apontada na visão dos diferentes atores. Muitos casos identificados como sendo de saúde mental, não pertenciam a nenhum serviço de referência e ficaram perdidos em um emaranhado institucional. A cidade de Campinas, apesar de possuir uma boa quantidade de equipamentos substitutivos de saúde mental, sofre com a pouca integração entre estes diversos equipamentos e a atenção primária. O vínculo frágil entre os serviços é atribuído tanto à alta rotatividade de profissionais como também à de modelos de assistência à saúde a cada eleição municipal, o que atrapalha a continuidade da proposta.

Apesar de existirem poucos trabalhos que falem da rotatividade de profissionais na atenção primária no Brasil, algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à sua ocorrência. Elas podem ser agrupadas nas seguintes categorias: forma de contratação, perfil do profissional e condições de trabalho²⁷.

Em relação à primeira, verificou-se que o município de Campinas utilizava, no período da pesquisa, instituições parceiras para a contratação de profissionais na atenção primária. Essa é uma realidade nacional, uma vez que a ampliação da sua cobertura coincidiu com o período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil, apresentando formas de contratação muito variadas. No Sistema Único de Saúde isso se revelou pelo aumento da terceirização na contratação de mão-de-obra: o gestor público passou a contratar os profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente. O grande número de contratos temporários leva à alta rotatividade de profissionais da saúde, principalmente médicos²⁸.

Todos os grupos identificam que a grande demanda de saúde mental, quando não filtrada, combinada com a falta ou a alta rotatividade de recursos humanos, são geradoras de dificuldades de articulação de uma rede de cuidados. Segundo os trabalhadores, nessas condições, as equipes, sobrecarregadas, têm dificuldades em dar continuidade aos compromissos e aos fluxos pactuados na rede, o que deteriora as condições e a satisfação no trabalho.

Os profissionais da saúde mental que pertencem às ESF foram retratados, em ambos grupos, como uma equipe à parte, tornando difícil a integração e a interdisciplinaridade. De certa forma, a lógica da corresponsabilização é tensionada, no município de estudo, a se sobrepor à lógica do encaminhamento, com o intuito de retirar a demanda nomeada como “sofrimento psíquico” da responsabilidade exclusiva da Saúde Mental.

Este “estranhamento” entre as equipes pode ser decorrente das tensões produzidas a partir da proposta da correponsabilização. De um lado, as equipes da APS querem delegar aos especialistas, de outro, os profissionais de saúde mental pressionam para que a APS assuma os casos de saúde mental (ao menos os casos leves). Esta divisão acaba por prejudicar o próprio usuário, que não vê na rede de cuidados o lugar para seu sofrimento.

Observa-se, entretanto, que quando as equipes conseguem discutir os critérios de corresponsabilização dos casos e, de fato, trabalham conjuntamente, é possível ter bons resultados nesta articulação. Essa tendência predominou no grupo I, onde se observou melhor integração dos ACS com as equipes de saúde mental, com discussões de casos conjuntos e de pactuações de ofertas para inserção dos usuários no serviço e no acompanhamento no território. É possível que a implantação de arranjos de gestão, característicos deste grupo, gere efeitos positivos na organização da linha de cuidado em saúde mental. No grupo II, a relação predominante entre profissionais de saúde mental e equipes de saúde da família foi a de transferência de responsabilidade do caso e não de corresponsabilização.

b) Identificação do padrão de prescrição de psicofármacos nas unidades estudadas

Parece existir uma propensão dos profissionais em saúde a “darem algo” e não a “provocarem algo” nas populações que os procuram. Isso implica que os profissionais entrem em contato com os processos subjetivos das pessoas e dos

coletivos envolvidos, bem como com sua própria subjetividade, incluindo aí seus medos, suas defesas, seus desejos e resistências. É necessário um exercício permanente de diferenciar o “ser responsável por alguém” do “apoiar alguém dentro da liberdade de decisão desta pessoa”²⁹. Os grupos focais dos ACS apontavam, por sua vez, que as populações atendidas possuíam pouca iniciativa para montarem propostas alternativas de tratamento na comunidade, assumindo a posição de esperarem algo daqueles que atendem.

O resultado deste movimento manifestou-se no tipo de resposta que os profissionais de saúde davam à demanda da atenção primária, no momento da pesquisa: uma resposta centrada na prescrição de psicotrópicos. Identificou-se que altas taxas de psicotrópicos foram dispensadas para a população adscrita nas farmácias informatizadas dos seis centros de saúde estudados. No período do estudo, 6.232 pessoas, desta região, receberam a prescrição de algum medicamento psicotrópico, o que representou 11,06% da população adulta. Destes, 9% foram prescrições de antidepressivos e 7,5% de benzodiazepínicos, sem distinção entre os dois grupos de UBS. Também foram percebidos longos períodos de uso dos psicotrópicos, com esparsas reavaliações e carência de ofertas terapêuticas alternativas. Esses dados são semelhantes aos da literatura internacional³⁰⁻³¹.

A ausência de seguimento clínico e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que usam psicotrópicos criam práticas de repetição de receitas que são muito criticadas pelos usuários. Os trabalhadores declararam sentirem-se impotentes diante da vulnerabilidade social e afirmam realizar “tratamento paliativo”, o que produz medicalização de sintomas: “*O que mais atendemos no CS é depressão reativa decorrente das condições de vida, condições familiares, uma carência total influenciada por questões sociais. Por exemplo, tem uma pessoa que diz que o marido bebe, ela apanha dele, o filho foi preso, a filha foi assassinada, então, como é que ela não vai estar deprimida? Como não vai estar ansiosa? A gente medica, é uma resposta muito pequena aos problemas, então é um pouco frustrante porque você não vê a melhora que poderia ver num paciente psicótico, por exemplo. Acaba sendo um trabalho maçante, um entra e sai de pacientes que atendemos com queixas muito parecidas e que não vemos alternativas para tratar*” (narrativa de trabalhadores do grupo II). Somente no grupo I essa prática foi questionada e criticada, o que não parece ter tido consequências práticas segundo afirmaram, pois não vislum-

bravam alternativas para os problemas trazidos pelos usuários.

c) avaliar o conhecimento que os pacientes têm dos psicotrópicos de uso prolongado que utilizam.

Nas entrevistas, os usuários, por sua vez, diziam possuir poucas informações para decidir sobre o uso do medicamento. Paradoxalmente, declararam assumir o controle na medida em que alteravam doses dos medicamentos e/ou interrompiam os tratamentos sem respaldo profissional. Disseram fazer uso de medicamentos sem saber a duração e o porquê do tratamento. Buscavam informações sobre seus tratamentos em bulas e na internet, uma vez que não se sentiam apoiados por seus médicos.

A desinformação sobre o próprio tratamento, em cidadãos com o diagnóstico de transtorno mental na atenção primária, constitui uma das principais barreiras à atenção em saúde mental de qualidade³². As razões para essas barreiras foram atribuídas, pelos trabalhadores, ao nível sociocultural e educacional na população usuária do SUS na região e pouco transpareceu o fator “comunicação” entre profissionais da saúde e usuários. Parece existir dificuldade nas equipes em estabelecer um diálogo que seja compreendido pelo seu público, com uma “tradução” do conhecimento especializado para uma forma mais acessível.

Por outro lado, os usuários reconheceram a existência de outros tipos de tratamentos como: o atendimento psicológico, o CAPS e/ou Centro de Convivência. Queixavam-se que formas de tratamentos alternativos não eram tão propagadas pelas equipes quanto gostariam e referiram que elas auxiliariam muito mais do que o próprio remédio.

Os usuários de ambos grupos enfatizaram a importância da escuta dos profissionais da saúde mental no tratamento. Porém, queixaram-se da alta rotatividade destes, o que enfraquece a continuidade do tratamento e, por conseguinte sua eficácia: *Achamos que falta psicólogo e psiquiatra no posto e não gostamos quando estes profissionais saem com frequência, pois contamos nosso problema na primeira sessão e quando voltamos, já é outro profissional. Ai, temos que começar tudo de novo, ficamos sempre na primeira sessão e isso não resolve nossos problemas! (narrativa de usuários do grupo II).*

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos

mostram que, quando ela se encontra acima de 25%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade³³. Apesar de não possuímos dados quantitativos destes parâmetros na região estudada, o problema da alta rotatividade apareceu em todos os grupos de interesse de todas as UBS.

d) Avaliação dos efeitos integradores de dispositivos de apoio especializado matricial.

Os arranjos e os dispositivos investigados neste estudo estiveram relacionados às tentativas de integração, tanto de equipes quanto de áreas do conhecimento, como também de serviços. O apoio especializado Matricial é um arranjo que visa dar suporte às equipes da Atenção Primária através do compartilhamento de situações de trabalho cotidianas produzindo uma corresponsabilização pelos casos. Ele pode ocorrer através de discussões compartilhadas de casos, intervenções conjuntas no território, atendimento conjunto, planejamento das ações ofertadas, visando sempre o aumento da capacidade resolutiva da equipe, a aproximação e a desfragmentação entre a UBS e as Unidades de Referência, a melhoria da clínica dos atores envolvidos, a ampliação e a qualificação das ofertas no território e a capilarização de saberes técnicos³⁴.

Na pesquisa, constatamos uma grande diversidade de formas de realização do apoio matricial, sendo que algumas delas apresentam-se bastante descaracterizadas da proposta inicial, tornando questionável essa denominação. O Apoio Matricial no grupo I parece ter produzido, de fato, maior corresponsabilização pelos casos. Isto se evidencia pelo conhecimento que as equipes têm de quem está em atendimento nos CAPS, a avaliação de que o diálogo com outros serviços é possível e de que contam com uma retaguarda especializada adequada. Para essas equipes, a demanda de saúde mental, apesar de ser importante, é sentida como menos angustiante, pois não se sentem sós.

No grupo II, no qual o Apoio Matricial acontecia de maneira precária, envolvendo apenas algumas categorias profissionais, limitando-se à discussão de casos ou a definir encaminhamentos, há uma sensação de solidão, impotência e despreparo para lidar com a complexidade da saúde mental. Nas falas isto se atribuiu a diversas razões: dificuldades de entendimento da proposta, falta de perfil do profissional responsável

pelo apoio matricial e dificuldades na organização dos encontros por parte da gestão. A correta implantação desse arranjo aparece, em nosso estudo, como um potencial interessante a ser explorado no contexto brasileiro para se conseguir uma verdadeira inclusão da assistência à saúde mental na atenção primária.

Identificou-se que a presença de arranjos e dispositivos como: adscrição de usuários, reunião de equipe sistemática, elaboração de projetos terapêuticos, discussão coletiva de casos clínicos e atividades grupais minimizam a fragmentação do cuidado. No grupo em que tais arranjos existem consistentemente, os casos são levados para reuniões de equipes para planejarem uma oferta ao usuário, de modo a inseri-lo na UBS. Quando não existem estes arranjos, os casos são diretamente encaminhados aos profissionais de saúde mental.

Nas narrativas dos ACS do grupo I, observou-se que a existência destes arranjos, principalmente a visita domiciliar conjunta, assegurou apoio para as intervenções no território. Constatou-se uma diversidade de práticas e condutas com aspectos comuns, construídas aliando notas de saberes técnicos com noções de senso comum³⁵. As formas de intervenção foram potentes e variadas, e enfatizaram a escuta como fundamental. Apesar destas observações, percebeu-se uma desvalorização destas práticas frente aos conhecimentos técnico-científicos legitimados e supervalorizados nas práticas cotidianas das unidades de saúde.

As narrativas dos trabalhadores e ACS indicaram que a existência de espaço regular de discussão dentro das UBS possibilitou que outros serviços de saúde mental do território, como por exemplo, o CAPS, compartilhasse seus casos, particularmente na divisão da responsabilidade pelo seguimento clínico. Trabalhar em equipe também fortaleceu a atuação da unidade como articuladora do cuidado com outros equipamentos de saúde do território.

e) compreensão da avaliação que familiares de pacientes da saúde mental fazem sobre a rede de serviços públicos.

Verificou-se homogeneidade entre os dois grupos de familiares: o tratamento é percebido como algo longo, desgastante e extremamente difícil. Os familiares associam a percepção de melhora do paciente não simplesmente a sinais de melhora clínica, mas, sobretudo à existência de um processo de tratamento em que há maior

atenção e maiores informações sobre o tratamento por parte dos serviços e das equipes multiprofissionais. Também dizem que se sentem aliviados em casos de urgência, pois sabem a quem recorrer nestas situações.

A maior parte dos familiares entrevistados tinha parentes que eram acompanhados nos CAPS da região e não na atenção primária, sendo, portanto, uma limitação do estudo. Todos, em algum momento, já tinham feito seguimento nas UBS, contudo preferiam o cuidado no CAPS para os seus familiares. Quando se referiam à atenção primária constantemente denotavam a ausência de consultas diretas ao usuário, sendo apenas a partir dos relatos indiretos que a UBS decidia pela renovação ou não da receita médica.

Os trabalhadores identificam os familiares, por sua vez, como um grupo afastado do serviço. A culpabilização dos familiares é um fenômeno presente em nosso estudo. O argumento dos trabalhadores vai transformando a família de “aliada” em “vilã” no tratamento. De um lado, fica o trabalhador que acolhe, mas responsabiliza; de outro, encontra-se a família, que se afasta porque quer, porque pode ou porque só necessita de um tempo para reorganizar-se.

No grupo I o ACS é visto como fundamental. Dada a proximidade com a comunidade, esses profissionais são identificados como protagonistas nas propostas de parceria com a comunidade e com as famílias e assumem uma posição de identificação com a UBS e conciliadora na relação do usuário com o serviço. No grupo II, onde os próprios ACS referem ser menos ouvidos e menos apoiados pela equipe, o discurso da culpabilização do familiar é mais presente. Parece-nos que a valorização do recurso do ACS como elo entre a comunidade e a UBS, tão descrito em outros estudos, legitima as ações de saúde no território e com os familiares³⁶.

Recomendações/ comentários

Considerando que esta pesquisa, avaliativa, participativa e fruto de financiamento específico para o estudo de políticas públicas, cabe-nos cumprir nosso compromisso científico e ético-político com algumas recomendações, para auxiliar no fortalecimento das políticas públicas de Saúde Mental e Atenção Primária no cenário das grandes cidades brasileiras:

a) Maior compromisso das gestões locais com a expansão das ações de saúde mental na atenção primária, com:

. Criação de diretrizes que possam orientar os profissionais da Atenção Primária em relação

às ações de saúde mental, tais como: integração mais efetiva da saúde mental com a saúde geral; ampliação da clínica com ações que extrapolem as ofertas clássicas de tratamento; avaliação de risco e vulnerabilidade dos casos; melhor integração das equipes da Atenção Primária com a rede de serviços de saúde mental para promover maior corresponsabilização dos casos.

. Promoção de condições técnico-políticas para o estímulo à implantação de ações de saúde mental, com priorização de contratação de profissionais especialistas desta área, para apoio matricial à APS.

. Articulação efetiva de políticas intersetoriais no território, para dar conta do impacto dos determinantes sociais no processo de adoecimento, que tem relação direta com o sofrimento psíquico apresentado pela população.

b) Qualificação e fortalecimento do apoio matricial para melhorar a integração da rede.

c) Promover ações de disseminação da rede de cuidado em saúde mental para a população e os trabalhadores da saúde através de capacitações dando maior visibilidade ao trabalho de saúde mental do município.

d) O compartilhamento do saber sobre os psicotrópicos seria uma ferramenta útil para a efetivação da prevenção quaternária na vigilância à saúde da atenção primária³⁷.

e) Apoio a uma política de uso racional da medicação, com educação permanente de profissionais, reforçando outras formas possíveis de tratamento com o intuito de reduzir a medicalização social.

f) Estimular nos programas de formação, residências e especializações a ideia da negociação do tratamento, incluir a voz do paciente nas decisões a serem tomadas. Isto implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores de seu público e não como detentores do conhecimento e de decisões que serão impostas aos usuários.

Conclusão

A partir dos arranjos da clínica ampliada³⁸, parece-nos possível realizar um trabalho bem articulado entre os equipamentos presentes no território. O apoio matricial como dispositivo técnico-pedagógico se mostrou importante para definir fluxos, qualificar as equipes, promover assistência conjunta e compartilhada. É um arranjo que, aliado à existência de reuniões de equipe, sejam elas para discussões de casos clínicos ou para

organização de processos de trabalho, pode: ampliar o poder resolutivo local, alterar a lógica compartimentalizada de referência/contrarreferência, pensar ações intersetoriais ampliadas, promover projetos terapêuticos em parceria e corresponsabilizar as outras instituições pertinentes no processo de atenção à saúde mental.

Para intervenções de promoção à saúde mental e vínculo com os familiares no território, o papel do ACS é estratégico para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta e acolhimento de forma mais próxima da população. Entretanto, segundo os ACS, as práticas de promoção não são valorizadas como dispositivos influentes para os diversos casos que aportam diariamente nas UBS estudadas. Elas são preteridas a outras demandas administrativas das unidades.

Ademais, notamos que quando os arranjos possibilitam inserções dos profissionais em atividades extramuros, colocando a UBS em movimento e fugindo de sua lógica centrípeta, centrada em consultas individuais, os usuários reconhecem e se apropriam dos espaços, possibilitando ações potentes que objetivam distanciar-se da tradicional queixa-conduta.

Para finalizar, considera-se importante apontar que a Atenção Primária em Saúde é palco de um embate entre diferentes concepções no modo de fazer saúde. Podemos identificar dois paradigmas em confronto: O Biomédico e o da Ampliação da Clínica. Os dispositivos analisados aqui têm como função facilitar a passagem de uma visão biológica para uma mais complexa. A pesquisa nos deu elementos para avaliar que esta mudança é difícil, mas possível, e que os avanços conseguidos podem ser revertidos caso não haja sustentabilidade no investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas em saúde.

Colaboradores

RT Onocko Campos, CA Gama, AL Ferrer, DVD Santos, S Stefanello, TL Trapé e K Porto participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma-Ata: Informe conjunto del director general de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. In: *Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 1978;Alma-Ata.
2. Pan American Health Organization (PAHO). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization HQ Library; 2007. [cited 2011 Jun 20]. Available from: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>
3. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade* 2001; 10(1):33-54.
4. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
5. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CA. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):16-22.
6. Luzio CA, L'Abbate S. Mental Healthcare in small and medium-sized cities: resonance of the psychiatric reform. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):105-116.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 154, de 24/01/2008, Cria os núcleos de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
9. Franco TB, Magalhães JHM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães JHM, Romoli R, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-133.
10. Starfield B. Atenção Primária e Saúde. In: Starfield B, organizador. *Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002. p. 19-100.
11. Hull SA, Aquino P, Cotter S. Explaining variation in antidepressant prescribing rates in east London: a cross sectional study. *Fam Pract* 2005; 22(1):37-42.
12. Rogers A, Pilgrim D. *Mental Health Policy in Britain*. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2001.
13. Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract* 2004; 54(501):285-291.
14. Lester H, Titterton JQ, Soroohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med* 2004; 36(1):28-34.
15. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferré CP, Prince M, Mari JJ. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(Supl. 2):S49-S57.
16. Tanaka OY, Ribeiro EL. Mental health in primary care: ways to reach an integral care. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):477-486.
17. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):165-182.
18. Furtado JP, Campos RO. Participation, knowledge production, and evaluative research: participation by different actors in a mental health study. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2671-2680.
19. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
20. Gadamer HG. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
21. Minayo MC, Assis S, Ramos de Souza E. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
22. Evenitt B. *Cluster Analysis*. London: Heinemann Educational Books; 1974.
23. Onocko Campos R, Baccari I. A Intersubjetividade no Cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Cien Saude Colet* 2009; 4(1):01-12.
24. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narratives: use in qualitative health-related research. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1090-1096.
25. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista Atenção Primária a Saúde* 2008; 11(3):285-294.
26. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1639-1648.
27. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(2):347-368.
28. Dal Poz MR. Changes in the hiring of health personnel: the family health program in Brazil. *Gac Sanit* 2002; 16(1):82-88.
29. Campos RO. The healthcare professional-patient relationship: a contribution of psychoanalytic narrative to the issue of the subject in public health. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):573-583.
30. Baos Vicente V. Medical prescription of psychiatric drugs in primary care. *Aten Primaria* 2005; 36(5):246-247.
31. Vedia UC, Forcada VC, Bonet MS, Forcada VC. Study of use of psychiatric drugs in primary care. *Aten Primaria* 2005; 36(5):239-245.
32. O'Day B, Killeen MB, Sutton J, Iezzoni LI. Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: barriers to care and potential solutions. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28(4):339-345.
33. Anselmi ML, Angerami EL, Gomes EL. Turnover of nursing staff in hospitals of the municipality of Ribeirão Preto. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 2(1):44-50.

34. Campos GW, Domitti AC. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
35. Trapé TL. *Agente comunitário de Saúde e a Saúde Mental - Faces e Interfaces*. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas; 2010.
36. Galavote HS, do Prado TN, Maciel EL, de Cassia Duarte Lima R. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitoria (ES, Brazil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):231-240.
37. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):2012-2020.
38. Campos GW. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Apresentado em 08/09/2011

Aprovado em 30/09/2011

Versão final apresentada em 05/10/2011