

Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil

I¹ Ana Maria Cortez Vannucchi, ² Nivaldo Carneiro Junior I

Resumo: Este estudo escolheu como tema o trabalho do psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os dados foram obtidos por meio de entrevistas e observação participativa e trabalhados à luz da análise de conteúdo. Os modelos em saúde mental na APS em São Paulo vieram desde a inserção de psiquiatras nas UBS até, mais recentemente, no NASF. Há fragilidade na articulação dos serviços e na definição do papel do psiquiatra. Sua formação não contempla habilidades para atuação na APS e para utilização da ferramenta do apoio matricial. A atual política pública para a atenção à saúde mental na APS tem-se concentrado no NASF; porém, é insuficiente para atender a maioria dos transtornos mentais. São necessárias formação para atuação na APS, melhores condições de trabalho, articulação dos serviços e participação contínua do psiquiatra na APS.

► **Palavras-chave:** cuidados primários de saúde, saúde mental, psiquiatria, processo de trabalho, apoio matricial.

¹ Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Endereço eletrônico: amariacortez@hotmail.com

² Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Endereço eletrônico: nicarneirojr@uol.com.br

Recebido em: 27/06/2011.
Aprovado em: 19/08/2012.

Introdução

Os estudos epidemiológicos indicam que 25% das pessoas da América Latina e Caribe sofrem, ou sofrerão ao longo da vida, de um ou mais transtornos mentais ou comportamentais, o que põe em destaque o tema da atenção à saúde mental (KOHN et al., 2005; RODRIGUEZ et al., 2009). Prova disso é que, em outubro de 2009, o 49º Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde aprovou a “Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental”, documento que pede que todos os países nas Américas adotem, urgentemente, um modelo de atenção à saúde mental que elimine o antigo modelo centrado em hospitais psiquiátricos (PAHO, 2009). Esse novo modelo deve ser universal, igualitário, integrado e orientado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), sob os eixos da continuidade e da integralidade. Deve também envolver a comunidade e as associações de usuários e familiares, proteger os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e permitir ações intersetoriais (PAHO, 2009).

Ao avaliar os avanços nos programas e serviços de saúde mental sob uma perspectiva histórica, pode-se observar um progresso significativo nesse sentido em muitos países, com a incorporação da saúde mental aos sistemas de atenção à saúde, especialmente no nível da APS, com registro de numerosas experiências inovadoras e bem-sucedidas de modelos de saúde mental, baseados na comunidade (RODRIGUEZ, 2009).

No campo da saúde mental, a mudança do modelo centrado no hospital para outro nomeado comunitário tornou-se premissa básica no que se convencionou chamar de Reforma da Assistência Psiquiátrica (TANSELLA; THORNICROFT, 2001). É o caso do Brasil, que passa a incorporar e veicular esses conceitos a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, defendendo a mudança do modelo de atenção e gestão do sistema e dos serviços de saúde mental. Suas referências são os fundamentos teóricos da Saúde Coletiva e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (AMARANTE, 1995; DELGADO et al., 2007).

A implantação desse novo projeto tecnoassistencial no campo da saúde mental está em curso, e sua estrutura horizontal e em rede dialoga diretamente com o campo da Atenção Primária à Saúde. Além da atuação no território, o atual modelo compartilha os princípios desta última, isto é, o compromisso em dar resposta às necessidades de saúde da população, utilizando tecnologias

apropriadas, visando ao cuidado integral de maneira sustentável e intersetorial, e procurando organizar-se como uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental (LANCMAN; PEREIRA, 2008).

Embora a Reforma Psiquiátrica seja um movimento de âmbito nacional, as experiências de reorientação da atenção à saúde mental são heterogêneas. Aqui, será dado enfoque à experiência de São Paulo, em particular a da capital.

O contexto atual de atenção à saúde mental no município de São Paulo comporta uma ampla heterogeneidade de modalidades tecnoassistenciais. No campo da APS, por exemplo, coexistem equipes de saúde mental – psiquiatra, psicólogo e assistente social – incorporadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, mais recentemente, no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

É importante apontar que, na medida em que se transforma a maneira de organizar o cuidado à saúde mental da população, também se modifica o lugar ocupado pelo psiquiatra nesse processo, com possibilidade de modificações em seu processo de trabalho. Tais mudanças exigem desse profissional uma atuação complexa, algo que não tem sido contemplado pela formação em psiquiatria, atualmente orientada por princípios médico-hegemônicos, que não levam em conta a lógica pública e a realidade territorial (RAMOS, 2009).

Embora este artigo esteja focado nas práticas dos serviços do município de São Paulo, há que se reconhecer o papel central das orientações técnico-políticas da esfera estadual nas décadas anteriores, as quais conformaram uma política pública de saúde mental, sobre a qual discorreremos para contextualizar nossas reflexões.

Saúde mental em São Paulo: trajetória de uma política de saúde

A atuação do psiquiatra na APS, no estado de São Paulo, tem início no final da década de 60, a partir do que se chamou “Reforma Leser”, reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Entre outras medidas, ela investiu e deu novas funções assistenciais aos Centros de Saúde (CS), diversificando e ampliando a cobertura da assistência médica à população (NEMES, 1990).

A incorporação do psiquiatra na APS se deu pela via da programação em saúde, no sentido de criar um subprograma de saúde mental cujos objetivos gerais eram a redução dos riscos de morbidade psiquiátrica e a elevação dos níveis de saúde mental (GIORDANO; PEREIRA, 1996; NEMES, 1990).

A nova política retira o psiquiatra de seu campo exclusivo, incluindo-o como integrante da “saúde mental”, que passa a ser um dos programas de saúde na APS. Essa compreensão mais totalizadora do “processo saúde/doença” se reflete na concepção da doença psiquiátrica, entendida como sofrimento mental em seu sentido mais amplo, e acaba gerando uma abordagem multidisciplinar muito mais abrangente e efetiva, e um aumento da extensão dos objetos passíveis de intervenção: desde os portadores de transtornos mentais graves até os indivíduos com algum grau de sofrimento psíquico (PEREIRA et al., 2008). Assim, são implementadas em praticamente todos os Centros de Saúde equipes mínimas de saúde mental – compostas por um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social –, ampliando-se a rede ambulatorial (PEREIRA et al., 2008).

Essa experiência traz consigo várias das características que marcaram a introdução da atenção à saúde mental na APS: seguimento extra-hospitalar de egressos de hospitais psiquiátricos para evitar reinternações, posição contrária ao hospitalocentrismo; inspiração nos movimentos de reforma psiquiátrica americano ou europeu; afirmação da saúde mental como conceito norteador das práticas; e implantação de equipes multiprofissionais diretamente nas unidades de atenção primária como estratégia de integração da saúde mental na saúde pública (ANTUNES, 1998).

Com a publicação, em 1983, da “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental (ASM)”, conhecida como a “cartilha”, a SESSP define “as boas práticas de cuidados”, orientando que as ações de saúde mental nos Centros de Saúde deveriam se articular com os programas de saúde da unidade e estar mais voltadas à comunidade (SESSP, 1983). Na proposta, são traçadas diretrizes que procuram organizar centralmente as atividades, porém, sem um detalhamento e um mapeamento de todas as ações, seja pela dificuldade de padronizar ações terapêuticas devido à heterogeneidade das capacitações de cada técnico, seja por um cuidado em relação ao próprio campo da saúde mental, que está num movimento de recusa ao modelo estritamente médico, e que vê, nessas sistematizações, possibilidades de enclausuramento (GIORDANO; PEREIRA, 1996; ANTUNES, 1998).

Como exemplo dessa orientação, destaca-se na cidade de São Paulo o “Projeto Zona Norte”, parceria entre os governos estadual e municipal que ocorreu em 1979

e possibilitou a implantação de um modelo de atenção centrado na rede básica de saúde, operando novas práticas em saúde mental (NASCIMENTO, 1997).

No final da década de 80, surge no município de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, um marco na proposta de serviços substitutivos ao tratamento quase exclusivamente hospitalar (LUZIO; L'ABBATE, 2006; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009). Após a consolidação do modelo do CAPS, em 2004, é introduzido o conceito de apoio matricial nos documentos oficiais, ou seja, a responsabilidade de apoiar as equipes da APS nos casos de saúde mental considerados “complexos” (BRASIL, 2004).

No campo da saúde, o conceito de organização matricial é entendido como um modelo no qual as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde para a população recebem apoio técnico em áreas específicas, para que se aumente seu poder resolutivo (CAMPOS, 1992). Esse apoio configura-se por meio de um compartilhamento ou de uma corresponsabilização dos pacientes atendidos/acompanhados, com objetivo de impedir seu encaminhamento desnecessário e fortalecendo seu vínculo com a equipe de referência que os acompanha. Essa estratégia pode se efetivar com discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas com as famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004).

O apoio matricial, segundo Campos (1999), deve ser realizado por profissionais com um núcleo de conhecimento e um perfil distintos daquele dos profissionais de referência, podendo agregar recursos de saber e até mesmo contribuir com intervenções que aumentem o poder resolutivo das equipes de referência. Essa distribuição de trabalho entre profissionais – referências e trabalhos dedicados ao apoio matricial – dependeria de ajustes e negociações permanentes entre os membros da equipe.

Nesse contexto, o apoio matricial em saúde mental à equipe de referência é composto, ao mesmo tempo, de arranjos organizacionais e de uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que visa a fortalecer a clínica ampliada (levando em conta as subjetividades dos sujeitos e seus contextos) e a integração dialógica entre diferentes profissões e especialidades (CAMPOS, 1999).

Podemos concluir que a experiência paulista de saúde mental em APS, ao incorporar uma equipe multiprofissional especializada nos cuidados de primeira linha, gera questionamentos às próprias concepções de APS e

desperta o olhar para a especificidade das ações em saúde mental nesse nível de atenção (ANTUNES, 1998).

Atualmente, observamos em São Paulo a implantação de uma política de incorporação do médico psiquiatra na APS, em consonância com as diretrizes ministeriais. Contudo, o profissional é localizado num local outro, isto é, não inserido no cotidiano dos serviços, e sim numa posição “satélite” – nos NASF, implementados em 2008 como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a atenção à saúde mental na APS (BRASIL, 2006). Tal fato torna muito importantes os estudos a respeito de sua efetividade.

O NASF é uma equipe multidisciplinar cujo objetivo é aumentar o poder resolutivo das equipes de saúde da família por meio da prática do apoio matricial. Sua criação se deu pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008). Ele é classificado em duas modalidades:

- a) NASF 1, composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; ginecologista; homeopata; nutricionista; pediatra; psicólogo; psiquiatra; e terapeuta ocupacional; e
- b) NASF 2, composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre: assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

Além disso, exige-se na Portaria que cada equipe do NASF tenha, pelo menos, um profissional de saúde mental, e se especifica que cada núcleo deve vincular suas atividades a, no mínimo, oito equipes de saúde da família e, no máximo, vinte equipes (BRASIL, 2008).

A fim de contribuir para a inserção do médico psiquiatra na APS e problematizá-la, pretendemos analisar o processo de trabalho do médico psiquiatra na APS a partir das organizações tecnológicas da UBS e do NASF na cidade de São Paulo.

Metodologia

A pesquisa teve abordagem metodológica qualitativa, norteadas pelas categorias “organização tecnológica” e “processo de trabalho”. Seu lócus foi a região norte

do município de São Paulo, nos serviços da Coordenadoria Regional de Saúde Norte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP).

A categoria “organização tecnológica” tem como referência fundamental as contribuições de Mendes-Gonçalves (1994), que trouxeram para esse campo de análise os conceitos de “tecnologias materiais”, para os instrumentos empregados na produção das práticas de (da) saúde, e de “tecnologias não materiais”, para o conhecimento técnico. O termo “tecnologia”, de acordo com Mendes-Gonçalves (1994), refere-se ao “[...] conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”.

Em relação à categoria “processo de trabalho”, entendemos ser ele “[...] constituído pelos objetos de trabalho, que resultam de recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde, sobre os quais incidem as ações dos diferentes profissionais, mediadas por instrumentos materiais e não materiais” (PEDUZZI et al., 2011).

Portanto, estamos falando de certo objeto de trabalho, sobre o qual determinados sujeitos atuam, utilizando os instrumentos disponíveis, a fim de responder às suas necessidades e às de outros sujeitos, numa determinada realidade que contém as relações sociais desses sujeitos, interage com elas, e está em constante movimento.

A escolha da região norte de São Paulo se deu por seu histórico na atenção à saúde mental, aceitação da realização do trabalho pela Coordenadoria Regional de Saúde e pela presença de organizações tecnológicas e profissionais que correspondessem aos critérios estabelecidos na pesquisa, a saber:

- 1) A Unidade Básica de Saúde (UBS) deveria estar organizada de acordo com o modelo da programação em saúde. Deveria haver nela os programas de saúde da criança, mulher e adulto, além de uma equipe mínima de saúde mental (psiquiatra e psicólogo), com médico psiquiatra atuando há pelo menos três anos na unidade.
- 2) O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deveria contar com um psiquiatra com período mínimo de atuação de um ano.

Os sujeitos da pesquisa foram dois médicos psiquiatras. O primeiro deles, com 25 anos de formação na área, já havia trabalhado como psiquiatra e gerente

num Hospital Dia, numa UBS e no NASF. Ele trabalhava na UBS havia 8 anos e também em consultório próprio. O outro profissional, com 7 anos de formação como psiquiatra, trabalhara em pronto socorro, na enfermaria de psiquiatria em um hospital geral, num hospital psiquiátrico, numa UBS, num CAPS e numa policlínica privada. Na ocasião da pesquisa, ele estava inserido no NASF havia 1 ano e 4 meses, e, como o outro profissional, trabalhava em consultório próprio.

Ambos perfaziam uma carga horária de 20 horas semanais na UBS e no NASF, respectivamente. A inserção do psiquiatra da UBS se dava prioritariamente em atividades assistenciais, enquanto o psiquiatra do NASF dedicava a maior parte de seu tempo ao apoio matricial.

Foram realizadas pesquisas documentais, entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e transcritas, e observação participante das atividades de trabalho dos sujeitos da pesquisa. O material coletado foi, posteriormente, submetido a análise de conteúdo.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (número 167/10) e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (número 280/10). Os sujeitos entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Na UBS, o acesso dos pacientes ao psiquiatra não é feito de maneira direta. Há uma “pré-seleção”, realizada por outros profissionais de saúde (auxiliar de enfermagem e psicóloga) em plantões e por meio de acolhimento. Essa “pré-seleção” dos pacientes é vista como algo muito positivo, por evitar que se sobrecarregue o psiquiatra, e também que ele dedique seu tempo tanto a pacientes que não necessitem de atendimento psiquiátrico, quanto aos que não tenham o perfil para serem atendidos naquele serviço, ou, ainda, àqueles cujas necessidades possam ser respondidas por outros profissionais da equipe, e que, embora sejam acompanhados pela psiquiatra, não necessariamente precisem de atendimento psiquiátrico.

Plantão, acolhimento e agenda. O plantão só faz a abordagem inicial, que vai identificando território, se é uma questão de pediatria, se é uma questão de neurologia, se é uma questão de psicologia, uma primeira escuta. O acolhimento aprofunda mais a escuta e já marca na agenda se precisar [...] quem faz o acolhimento é a auxiliar de enfermagem, a psicóloga e a terapeuta ocupacional. (Psiquiatra da UBS)

Também relacionado ao acesso à psiquiatria, percebemos uma importante estratégia no sentido de otimizar o tempo e diminuir a demanda direcionada a esse profissional em seu cotidiano de trabalho: a construção de espaços para responder a necessidades correspondentes ao campo da saúde mental, e não necessariamente ao núcleo de competência do psiquiatra, o que fica bem explicitado pelo profissional da UBS:

Por isso, eu cuido desses pequenos grupos, para mim, porque eu sei que eu posso marcar retorno de remédios para daqui três meses, se eu sei que o paciente está no grupo toda quinta. [...] [S]aber que ela está cuidada no grupo, que é essa questão do projeto aberto [não centrado no psiquiatra]. (Psiquiatra da UBS)

No NASF, os casos chegam através das Equipes de Saúde da Família (ESF), que os discutem com o próprio psiquiatra ou com outros profissionais da equipe do NASF. Esse acesso é visto pelo psiquiatra como algo difícil, o que contribui para a percepção das equipes de que o apoio do NASF é insuficiente.

As queixas da equipe de saúde da família em relação ao NASF não são infundadas, [...] o sistema todo, ele é muito atravancador, o acesso do ACS ao usuário é difícil, do ACS para equipe é difícil, da equipe para o NASF é difícil – isso eu estou falando só de discussão. Aí tem os agendamentos, tem as salas, tem as consultas, tudo é muito lento, moroso, enrolado. (Psiquiatra do NASF)

Com relação à organização do trabalho, um limite imposto à atuação do profissional é a sua sobrecarga, provocada pelo excesso de demanda por atendimentos psiquiátricos, à qual acaba sendo impossível de responder:

Chega uma hora que você não aguenta, pois é muita pressão [por atendimentos]. É a pressão da população, é a pressão das equipes de saúde da família, pressão das gerências e a pressão vinda até mesmo da própria equipe. Fica muito difícil de trabalhar. (Psiquiatra do NASF)

Isso contribui para a visão de que uma parcela dos pacientes estaria sendo atendida/acompanhada nos “lugares errados”, isto é, em locais diferentes daqueles preconizados pelos documentos oficiais:

Tinham casos que eu queria que fosse para CAPS e a equipe também [...]. Fomos discutir aí eles diziam: Deficiente mental? [...] deficiente não é para CAPS [...], a gente já tinha tentado uma meia dúzia de lugares, durante uns dois anos. (Psiquiatra da UBS)

O psiquiatra lá do posto está com um monte de pacientes que poderiam vir para o PSF, está com alguns pacientes que poderiam ser do CAPS e com os que seriam para ele. (Psiquiatra do NASF)

As diretrizes que constam dos documentos oficiais são criticadas com frequência pelo profissional do NASF, pois há uma percepção de que os profissionais da saúde em geral (incluindo membros do próprio NASF), desconhecem o significado de determinados conceitos-chave da proposta, a qual, por sua vez, diria “o que fazer”, mas não “como fazer”:

Ninguém entende muito bem o que o NASF deveria fazer, e muitas pessoas do NASF não entendem o que o NASF deve fazer. (Psiquiatra do NASF)

No NASF, concretizar as ações propostas pelas diretrizes oficiais é percebido como algo muito difícil de ser realizado, por vezes impraticável:

Vamos lembrar que são 14 equipes em três postos [...] a gente acaba ficando pouco tempo em cada um dos lugares [...] 20 equipes em quatro postos é uma insanidade, por isso que eu falo, é feito para não funcionar [...] uma hora por equipe por semana, fora as articulações intersetoriais ou com outros serviços, é um absurdo. (Psiquiatra do NASF)

Ao mesmo tempo em que o apoio matricial e, portanto, as diretrizes do NASF preconizam a corresponsabilização no acompanhamento dos usuários, elas não oferecem condições para que isso ocorra, como ilustra a fala acima. Realmente, não nos parece factível que o psiquiatra realize o apoio matricial de 20 equipes, número máximo de equipes a serem cobertas pelo NASF, de acordo com a Portaria nº 154, de 2008. Portanto, as condições de trabalho para o psiquiatra que atua no NASF são percebidas como muito precárias, seja pela falta de tempo para se dedicar às ESF, seja pela logística do trabalho, devido à falta de um lugar concreto nas UBS para que os membros do NASF exerçam suas funções.

Algo que permeia, frequentemente, as falas do psiquiatra é a percepção de que os instrumentos utilizados para a gestão do trabalho do NASF acabam prejudicando o trabalho em si, na medida em que exigem o preenchimento de planilhas para fins de monitoramento de produtividade dos membros da equipe. Essa tarefa, além de tomar muito tempo, é vista como inútil e burocrática, algo que representa, em nossa opinião, a tentativa de captura do trabalho vivo em ato.

É a maior mentira que existe dentro do NASF essa produtividade. [...] Não tem nada a ver com o que a gente faz, [...] muitas vezes não dá para classificar dentro daquelas opções [...], você não tem autonomia de fazer as coisas (Psiquiatra do NASF)

A atenção à saúde no território se depara com tensões que estão além das práticas pensadas, ao lidar com expectativas da população, engendradas na esfera do social, como se vê a seguir:

Eu lembro muito de uma reunião de fim de semana da comunidade com a saúde mental [...] que tinha umas 80 pessoas [...]. Aí a pessoa que liderava a comunidade falou assim: ‘o que nós precisamos, é saber quando vai ser a desratização, porque a chuva vai chegar e os ratos vão entrar em casa [...]’. A gente tinha planejado discutir grupo disso, grupo daquilo e não, eles queriam o básico para uma vida com mínimo de saúde. Para mim isso foi importante. (Psiquiatra da UBS)

A organização do trabalho a partir da apreensão das necessidades de saúde, ancorada nos referenciais médico-científicos, fragiliza-se no momento em que se penetra a dinâmica social da comunidade, provocando uma revisão necessária do objeto de intervenção proposto, podendo causar sensação de impotência ou de não reapropriação do objeto de trabalho frente a tais situações, que não se “encaixam” na oferta organizada das ações de saúde:

Não dá para ter saúde mental nessa região [...] dominada por traficantes [...], lixo pela rua. [...]. Pode não ter um quadro instalado de uma depressão, um quadro ansioso, mas tem uma bagunça [...] e aí começa a entrar a confusão da saúde mental e da saúde, que os médicos, os agentes de saúde, os enfermeiros, eles olham aquilo e ficam absolutamente desesperados e mandam para a gente, tanto psiquiatra ou psicólogo. Como se a gente tivesse algo para fazer. (Psiquiatra do NASF)

No caso específico da saúde mental e do psiquiatra particularmente, o que fica é uma percepção deste ter sido solicitado a assumir um papel impossível de cumprir: tratar um sofrimento visto como produto de uma situação social – portanto, intratável pela psiquiatria – ou, ainda, tomar uma posição que se polariza entre a atitude de “não fazer nada” e a de “medicalizar” um sofrimento da ordem do social:

O colega, quando eu cheguei aqui, ele me falou: ‘Você vai perceber que as pessoas tomam muito calmante aqui, mas também, com a vida miserável que eles têm...’ Esse era o conceito que definia a forma de trabalhar. (Psiquiatra da UBS)

Percebemos que a aproximação do objeto da saúde mental e as manifestações de sintomas que fogem à dimensão biológica do processo saúde-doença demandam do psiquiatra uma atuação não necessariamente específica e que, na sua visão, poderia ser de outros profissionais, o que também traz tensões na relação com a equipe.

Se você pega tudo só para você, você acha que pode dar conta de tudo, [...], precisa ser psiquiatra para escutar? (Psiquiatra da UBS)

Pode haver um conflito, gerado pelas demandas trazidas pelas equipes da APS, quando estas se deparam com situações complexas e com a impossibilidade

do psiquiatra de oferecer uma resposta imediata para essas situações. Para Birman e Costa (1994), esse conflito se expressa na prática clínica do psiquiatra, pois a adoção da “saúde mental” como objeto de trabalho o desloca para uma região nebulosa, onde nem sempre haverá homogeneidade e coerência entre suas estruturas lógico-conceituais e os seus instrumentos de trabalho. Nesse sentido, é possível utilizar esse conflito como um disparador da construção de um espaço intercessor, onde o psiquiatra poderia acolher as expectativas e o sofrimento das equipes e imaginar, com elas, possibilidades de enfrentamento de determinada situação (MERHY, 1997). Adotar essa postura, no entanto, pressupõe que o psiquiatra tenha clara para si sua função, assim como as possibilidades e limites de sua atuação.

Embora a maior parte do tempo da psiquiatra da UBS seja dedicada aos atendimentos individuais, verificamos que a apreensão do objeto de trabalho leva em conta uma diversidade de questões, consideradas relevantes para o exercício de suas intervenções.

Como que você faz uma clínica não alienante, como se mantém ele sujeito [o portador de transtorno mental como sujeito], mesmo louco [...]. E tem que também manter essa interseção [da SM com as outras áreas] [...] de saber qual a área que precisa ou vai precisar, manter uma disponibilidade [...] para a instituição e para cuidar do programa em si. (Psiquiatra da UBS)

Percebemos que os objetos de trabalho localizam-se em diversos “lugares”: na manutenção da cidadania e da autonomia do portador de transtorno mental, para além de sua doença; na manutenção da intersecção da saúde mental com as outras áreas do serviço; e na atenção às necessidades dos demais profissionais. No NASF, o objeto de trabalho é visto de maneira mais localizada:

O que mais me consome, me consumiu nesse trabalho até agora é a história do matriciamento, mas no seguinte sentido, de enfiar na cabeça das pessoas algo que elas não querem que esteja lá dentro (Psiquiatra do NASF)

O(s) objeto(s) considerado(s) condiz(em) com a função primordial do NASF: apoiar as ESF com a ferramenta do apoio matricial. Todavia, essa atuação é considerada uma tarefa difícil, imputando esse limite para os profissionais, dada a resistência das equipes da APS em aderir à ferramenta.

Então eles não entendem o que é matriciamento, porque eles simplesmente não querem matriciamento [...]. A gente vive uma cultura super assistencialista (Psiquiatra do NASF)

Com relação aos instrumentos utilizados para operar sobre os objetos de trabalho, é citada pela médica da UBS uma ferramenta imaterial, um “saber”, ressaltando a importância da compreensão psicodinâmica do sofrimento psíquico, que possibilita a não medicalização deste. O conhecimento teórico da psiquiatria clínica e da psicodinâmica ofereceria maior capacidade de escuta, viabilizando um distanciamento emocional necessário para acolher determinadas demandas que surgem no cotidiano. Além disso, ele possibilitaria também maior facilidade para determinar os pacientes que precisam ou não de avaliação/acompanhamento psiquiátrico, além de permitir que a responsabilidade pelo caso possa ser, efetivamente, compartilhada entre a equipe.

A teoria funciona como organizador, tanto a teoria da psiquiatria clínica quanto a teoria psicodinâmica [...] ajudam a suportar a sua escuta [...], você identifica um conceito [...], então aquilo não te choca, você consegue pensar (Psiquiatra da UBS)

Em relação ao apoio matricial como ferramenta/instrumento, é interessante observar que, antes mesmo desse conceito ter sido veiculado nos documentos oficiais, os profissionais relataram terem utilizado estratégias no trabalho com equipes da APS que aumentassem seu poder resolutivo e os auxiliassem no acompanhamento dos casos psiquiátricos:

Foi uma construção e acho que isso é uma construção óbvia. Na época me pareceu muito óbvia [...]. E é engraçado porque eu conversei com outras pessoas depois e vi que algumas outras fizeram isso de modo independente, como eu fiz lá. (Psiquiatra do NASF)

Esteve também muito presente na fala dos psiquiatras do NASF e da UBS, a comparação entre o matriciamento realizado por eles na década passada, visto como aquele que “funcionava”, e aquele proposto pelo NASF, percebido como pouco resolutivo. A explicação para isso é o grande número de equipes a quem o NASF tem que oferecer apoio matricial e a percepção de que o PSF funcionava melhor do que nos dias atuais: os profissionais estão mais sobrecarregados e há uma precarização das condições de trabalho.

Era um PSF organizado, já tinha uma boa articulação com a comunidade, tinha o conselho gestor, [...] tinham agentes comunitários muito potentes, muito bem estruturados, já te traziam o caso muito pensado, eles se dispunham a ser referência. (Psiquiatra da UBS)

É isso que eu falo: se cria uma ferramenta, que eu acho que é o PSF, mas não se cuida [...] então você acaba desqualificando o modelo para depois [dizer]: ele não funcionou. (Psiquiatra da UBS)

Pode-se notar que têm sido relatadas muitas dificuldades para a utilização do apoio matricial em toda sua potencialidade. Dentre elas, destacam-se os obstáculos estruturais, que dificultam o acompanhamento longitudinal dos usuários (DOMITTI, 2006), e também uma falta de clareza dos papéis dos profissionais envolvidos (CHIAVENATO, 1999):

Troca muito. Troca muito agente comunitário, troca muito médico, [...] A gente não consegue manter o médico. (Psiquiatra da UBS)

Como é que a fono, a nutri, e o assistente social vão falar em uma reunião que o psiquiatra não está, a fala do psiquiatra, sendo que a fala do psiquiatra não é a fala que ele mesmo teria? Como é que ele vai bancar uma posição que não é dele? (Psiquiatra do NASF)

Outras dificuldades exaustivamente relatadas pelos profissionais são o excesso de demanda e a carência de recursos:

Você chega na unidade para fazer o apoio matricial, mas não tem médico, as equipes estão incompletas. (Psiquiatra do NASF)

Como observado por Domitti (2006), nas unidades que possuem equipes de saúde mental, há maior dificuldade e resistência para a utilização dessa ferramenta, talvez porque os psiquiatras sejam vistos como especialistas e únicos responsáveis pelos pacientes que apresentam algum transtorno mental.

A partir do momento que entrou o psiquiatra as pessoas foram se desresponsabilizando. (Psiquiatra da UBS)

Nem um antidepressivo eles [os outros médicos da UBS] se dispuseram a prescrever [...]. Eles faziam, mas deixavam bem explícito para os pacientes que isso não era responsabilidade deles. (Psiquiatra da UBS)

A satisfação com o trabalho tem íntima relação com os seus produtos. Assim, percebemos que, quando o profissional não consegue ver os resultados ou os impactos de sua ação, acredita estar realizando um trabalho improdutivo e ineficiente, o que se expressa de modo mais acentuado na fala do psiquiatra do NASF:

A gente fica arando a terra, afofando a terra, planta a semente e fica regando, regando e não nasce nada e nunca vai nascer. Então é um trabalho absolutamente improdutivo, [...] e isso destrói qualquer um [...]. Então, não vejo resultado com a população porque não consigo acompanhar, e, mesmo que conseguisse, o resultado em saúde mental nesse modelo eu acho pobre. (Psiquiatra do NASF)

Relata-se também a dificuldade de observar os efeitos produzidos pelo apoio matricial:

Eles me trazem os casos para discutir, [...] no começo era legal [...], só que depois começou a ficar muito ruim do tipo: ‘E aquele caso que a gente discutiu?’ ‘Ah não, tá tudo bem...’ ‘Você não está entendendo! Eu preciso saber! Eu preciso saber, pois é disso que eu me alimento!’ [...]. Então é uma sensação de consumo [...]. Na verdade esse é um ponto complicado: eu não vejo o impacto do que eu faço. (Psiquiatra do NASF)

Essa impossibilidade de “acompanhar o caso” pode inviabilizar a corresponsabilidade, na medida em que o psiquiatra não consegue observar os efeitos de seu trabalho porque não tem contato com o usuário. Nesse sentido, mostra-se uma contradição: mesmo o objeto de trabalho sendo a ESF, os profissionais citam a necessidade de acompanhar o resultado final, refletido no usuário, o que nos faz questionar se o objeto de trabalho do psiquiatra do NASF é a ESF ou o paciente. Essa é uma questão importante, sobretudo quando consideramos que, na medicina, o contato direto com o paciente é regra, e não exceção. Por isso, pensamos que concentrar a atuação do psiquiatra apenas no apoio das equipes de APS pode esvaziar de sentido sua prática como profissional.

Considerações finais

Ao atuar na porta de entrada do sistema de saúde, os profissionais da APS, aqui, especificamente, o psiquiatra, precisam dispor de ferramentas internas e externas para reafirmarem seu papel diante dos mais diversos objetos de trabalho, que se impõem em suas práticas diárias, nas diferentes organizações tecnológicas onde possa estar inserido (NASF ou UBS). Contudo, estas atuam de maneira desarticulada. Parece que, a cada nova organização implantada, vão sendo esquecidos os propósitos da anterior, não havendo mais investimentos de ordem simbólica ou econômica na inserção do psiquiatra nas UBS.

É necessário acompanhamento longitudinal dos portadores de transtornos mentais que se encontram na APS, considerados graves ou não, estáveis ou não. Isso exige do psiquiatra um papel muito ativo na coordenação do cuidado e na assistência dessa população. Para realizar seu trabalho de forma adequada, esse profissional precisa atuar na educação permanente de todas as categorias profissionais da APS, além de articular os serviços da rede de atenção à saúde.

Essa necessidade vem de um contexto maior: de uma sociedade que ainda estigmatiza o sofrimento mental e o portador de transtorno mental; da percepção de que grande número de portadores de transtornos mentais está procurando

por atendimento nos diversos serviços inseridos na APS, independentemente de sua organização tecnológica; e da falta de recursos humanos e materiais na APS, com a consequente precarização das condições de trabalho nesse nível de atenção à saúde.

Há uma grande fragilidade de articulação da rede, e também uma dificuldade de estabelecer e potencializar o papel do psiquiatra, de acordo com a organização tecnológica onde está inserido, pois não fica claro para ele, para os usuários e para os profissionais de saúde em geral qual é o seu papel.

Parece claro que os portadores de transtornos mentais graves e aqueles que estão em crise devem ser acompanhados pelo CAPS, enquanto, segundo as diretrizes oficiais, os portadores de transtornos mentais leves, moderados ou estáveis devem ser tratados prioritariamente pelas equipes da APS, com o apoio matricial realizado por psiquiatras (principalmente do NASF). No entanto, parece não se levar em conta que grande parte dos transtornos mentais é crônica, e que os pacientes portadores desses transtornos sofrem frequentemente recidivas dos sintomas, necessitando acompanhamento psiquiátrico contínuo. Esses pacientes não se “encaixam” na atenção à saúde mental vigente na APS, pois, embora tenham dificuldade de serem absorvidos pelos CAPS, são considerados “complicados”, a ponto de não poderem ser acompanhados pelos médicos generalistas, mesmo com o apoio matricial.

Embora os sujeitos desta pesquisa tenham a percepção de que esses pacientes devem ser acompanhados por psiquiatras de UBS, essa inserção profissional não tem sido privilegiada pelas políticas públicas atuais, fazendo com que seja um grande desafio, senão uma missão impossível, oferecer assistência adequada e eficiente para essa parcela da população.

A nosso ver, a política hegemônica da inserção do psiquiatra na APS, atualmente focalizada nos NASF, não tem previsto a necessidade de assistência psiquiátrica contínua de grande parte dos portadores de transtornos mentais. Isso acaba contribuindo para um descrédito do apoio matricial e da resolutividade da APS como capazes de promover a atenção à saúde mental no contexto comunitário de maneira integral e regida por princípios éticos antimanicomiais, objetivo maior da reforma psiquiátrica.

Atuando na porta de entrada do sistema de saúde, o médico psiquiatra pode direcionar e coordenar o cuidado longitudinal do sujeito, viabilizando o diagnóstico e o tratamento precoce de um transtorno mental, seja por meio de atendimentos ou do apoio aos profissionais da APS, ou ainda. Ele pode, ainda, agilizar o acesso para outros níveis de atenção à saúde, como o pronto-socorro ou o hospital, quando necessário.

Acreditamos que, com uma APS mais resolutiva com relação à demanda por atenção à saúde mental, a posição do psiquiatra do NASF pode ficar mais clara e, com certeza, mais funcional, já que ele ocupa uma posição estratégica para realizar intervenções pontuais, seja na equipe, na comunidade ou na articulação da rede, potencializando toda a cadeia de cuidados em saúde mental. Esse trabalho, de caráter exploratório, contribui para o entendimento da atenção à saúde mental na APS, uma realidade contemporânea que traz inúmeros desafios a serem enfrentados e possibilidades a serem exploradas, sendo necessário revisitar o tema continuamente, na busca constante da qualificação e da consolidação do SUS.¹

Referências

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Públ.*, v. 11. p. 491-4, 1995.
- ANTUNES, E.A. *Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
- BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-73.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério Da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*. Brasília, 25 jan. 2008.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F. et al. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-84.

DOMITTI, A.C.P. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

GIORDANO, J.R.S.; PEREIRA, L.M.F. Saúde Mental. In: SCHRAIBER, L.B. et al. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. V. 4. São Paulo: Hucitec, p. 132-49, 1996.

KOHN, R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. v. 18, p. 229-40, 2005.

LANCMAN, S.; PEREIRA, L.M.F. Introdução. In: LANCMAN, S. (Org). *Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo, 2008. P. 9-29.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de **São Paulo, Santos e Campinas**. *Interface – Comunic Saúde Educ*. Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-98, 2006.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

NASCIMENTO, S.L. *Assistência à saúde mental na rede pública de saúde da cidade de São Paulo: um estudo sobre o conceito de prevenção no projeto de ações integradas de saúde mental na zona norte*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

NASCIMENTO, A.F.; GALVANESE, A.T.C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. *Rev Saúde Públ*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 8-15, 2009.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Strategy and plan of action on mental health*. Washington DC: PAHO, 2009.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 629-646, 2011.

PEREIRA, L.M. et al. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: LANCMAN, S (Org.). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo, 2008. p. 29-86.

RAMOS, F.A.C. Reforma da formação: ou resgate do modelo clínico de ensino em psiquiatria. In: PAOLIELLO, G (Org.). *Supervisão em psiquiatria: o ensino da clínica e a clínica do ensino*. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

RODRÍGUEZ, J. et al. (Ed). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS; 2009.

RODRÍGUEZ, J. et al. (Ed). *Salud Mental en la Comunidad*. Washington DC: OPS; 2009 (Serie PALTEX, 49).

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria De Saúde Mental. *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e em ambulatórios de saúde mental*. São Paulo:SES-SP, 1983.

TANSELLA, M.; THORNICROFT, G. The principles underlying community care. In: THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (Ed). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Nota

¹ A.M.C. Vannucchi e N. Carneiro Junior participaram igualmente de todas as etapas de produção deste artigo.

Abstract

Technical model and performance of the psychiatrist in the field of primary health care (PHC) in the current context of the Unified Health System (SUS), Brazil

The approach is Primary Health Care psychiatrist's work. We used qualitative methodology and have conducted interviews and participative observation. Data analysis has been done by content analysis. In São Paulo, the inclusion of psychiatrists at the PHC is by the PHC Center, and the family health support center (NASF). There is a fragile articulation of the network and difficulties in establishing enhancing the psychiatrist role. The training does not include the work at the APS, particularly working with matrix-based strategy. Hegemonic policy has been focused on the NASF, which is insufficient to meet the needs of ongoing psychiatric care of most patients with mental disorders. Besides the need of training for working at the APS, it has been necessary to offer better working conditions for the professionals at this level of attention and to articulate resources of mental health for a better care of mental health and a better performance of the psychiatrist.

► **Key words:** primary health care; psychiatry; work process; matrix support.