ANA MARIA CORTEZ VANNUCCHI

MODALIDADES TECNOASSISTENCIAIS E ATUAÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO CONTEXTO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2011

ANA MARIA CORTEZ VANNUCCHI

MODALIDADES TECNOASSISTENCIAIS E ATUAÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO CONTEXTO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

São Paulo
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Vannucchi, Ana Maria Cortez
Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)./ Ana Maria Cortez Vannucchi. São Paulo, 2011.
Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Nivaldo Carneiro Junior

1. Política de saúde 2. Área de atuação profissional 3. Psiquiatria 4. Sistema único de saúde 5. Atenção primária à saúde

BC-FCMSCSP/47-11

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado da Saúde – pela bolsa de estudo para realização do mestrado profissional.

À Faculdade de Ciências Médicas e à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela realização do mestrado profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr.Nivaldo Carneiro Junior, com quem dividi todas as etapas da realização deste trabalho, pela dedicação, disponibilidade, conhecimento e sobretudo pela amizade.

Aos professores que participaram da qualificação do meu projeto de pesquisa: Prof. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, Prof. Dra. Lygia Maria França Pereira e Prof. Dra. Andrea Nascimento, por me ajudarem a delimitar meu objeto de estudo e pelas sugestões oferecidas.

À Prof. Dra. Rita de Cássia Barradas Barata, pelas aulas brilhantes e pelas contribuições para meu trabalho ao longo do mestrado.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Social, especialmente os do Mestrado Profissional.

À Secretaria da Pós-graduação representada pelo funcionário Daniel Gomes, sempre muito atencioso e prestativo.

A todos meus colegas do mestrado pelos momentos de amizade, companheirismo e solidariedade ao longo desses dois anos.

A todos os trabalhadores do Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”, pela amizade e dedicação no cotidiano do nosso trabalho.

Às minhas amigas do Centro de Saúde, Juliana de Carvalho Moura, Danielle Bivanco de Lima e Carla Gianna Luppi, que acompanharam minha trajetória durante o mestrado, sempre me estimulando e dispostas a conversar sobre este trabalho.

Aos três psiquiatras que participaram dessa pesquisa, que me receberam de forma gentil e acolhedora para as entrevistas, pelo tempo disponibilizado e por terem permitido a observação de seu trabalho.

À minha família, especialmente meus pais, pelo exemplo de vida, amor e apoio incondicional.

Ao meu marido Antonio Carlos, pelo amor, compreensão, companheirismo e pelas idéias trocadas, em toda a trajetória da realização desse trabalho.

LISTA DE ABREVITATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ESF - Equipe de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1
1.1 Transtornos mentais e saúde mental: modos de organização da atenção à saude mental 4
1.1.1 - A importância da atenção à saúde mental no contexto dos países de baixo e médio desenvolvimento 6
1.1.2 - Atenção primária à saúde 8
1.2 Sobre o trabalho do psiquiatra nos diferentes modelos de atenção à saúde mental 10
1.3 A inserção da psiquiatria no contexto comunitário: mudanças na organização tecnoassistencial da atenção à saúde mental 13
1.3.1 - Apoio Matricial em Saúde Mental 18
1.4 Sobre a atuação do psiquiatra e seus saberes 22
1.4.1 - Campo, núcleo e as práticas em saúde mental 22
1.5 Atribuições da equipe de saúde mental nas diferentes organizações tecnológicas, de acordo com os documentos oficiais 29
1.6 Saúde mental no estado de São Paulo: trajetória de uma política de saúde 34
2. OBJETIVOS 39
2.1 Objetivo geral 39
2.2 Objetivos específicos 39
3. METODOLOGIA 40
3.1 Categorias analíticas 40
3.2 Organização tecnológica 40
3.3 Processo de trabalho 43
3.4 Considerações éticas 45
3.5 Campo da pesquisa 45
3.5.1 - Tipologias de organizações tecnológicas 45
3.6 Campo – procedimentos empíricos 46
3.6.1 - Procedimentos empregados 47
3.7 Análise dos dados 48
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
4.1 Contextualização 50
4.1.1 – Unidade Básica de Saúde (UBS) 50
4.1.2 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 51
4.1.3 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 52
4.2 As entrevistas 53
4.2.1 – Organização tecnológica 53
4.2.2 – Processo de trabalho 60
4.2.3 – Matriciamento 66
4.2.4 – Percepções sobre o papel do psiquiatra na APS 70
4.2.5 – Formação 72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 75
6. ANEXOS 81
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 88
RESUMO 96
ABSTRACT 97

1. INTRODUÇÃO

Terminei minha residência de psiquiatria, no início de 2004. Desde então, tive a oportunidade de trabalhar em vários tipos de serviços: hospital psiquiátrico, hospital geral, ambulatório, pronto socorro e instituições de ensino, entre outros.

Até que cheguei ao Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF), no final de 2005. Meu trabalho era atender pacientes encaminhados pelos outros profissionais do serviço – equipes de saúde da família (ESF) e equipes dos programas de saúde da criança, mulher, adulto, vigilância epidemiológica e saúde bucal, além da demanda espontânea da população do território.

Quase a totalidade do meu tempo era preenchida pelo atendimento ambulatorial, o que me deixava surpresa e aflita, porque a demanda por atendimento psiquiátrico era muito grande.

No entanto, as vagas eram ocupadas, em sua maioria, por pacientes com transtornos depressivos ou ansiosos, muitas vezes estáveis, utilizando a consulta para trocar receitas ou para conversar sobre questões relacionadas a conflitos familiares, sociais ou dificuldades da vida em geral.

Seria ótimo poder atender a todos e conversar sobre todas as suas questões trazidas, fundamentais para a saúde mental dessas pessoas, mas era impossível, já que o tempo todo era interrompida por pacientes e profissionais do serviço, que batiam na minha porta para solicitarem algum tipo de atendimento.

Era incrível a variedade das demandas: desde um paciente em franca psicose, até a solicitação de atendimento de uma paciente que chorava, devido a uma gravidez indesejada.

O resultado é que as vagas da agenda começaram a ser insuficientes e, ao mesmo tempo em que eu atendia um paciente com um transtorno mental perfeitamente estabilizado, um paciente grave ou com sintomas agudos só conseguia agendar uma consulta para dali três meses. Era difícil a articulação com a rede de serviços de saúde mental, além de os próprios pacientes muitas vezes questionarem o encaminhamento para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS),

solicitando que seu acompanhamento fosse realizado no centro de saúde.

Foi quando comecei a me perguntar qual era meu papel naquele lugar, como psiquiatra de um centro de saúde, na atenção primária à saúde (APS).

Como oferecer assistência para a população com tantas e tão diversas necessidades?

Comecei a pesquisar sobre o tema e me deparei com o conceito de apoio matricial, veiculado na época pelo Ministério da Saúde (MS), que consistia no apoio que os profissionais de um CAPS poderiam oferecer às equipes da APS, com relação às questões pertencentes ao campo da saúde mental.

Pesquisando mais sobre o assunto, percebi que, através do apoio matricial, seria possível dedicar meu tempo aos pacientes mais graves e aos profissionais da APS, particularmente aos médicos, que poderiam realizar o acompanhamento dos portadores de transtornos mentais leves/moderados e/ou estáveis, com minha ajuda, otimizando meu tempo e o cuidado do paciente, já que seu médico de referência poderia oferecer assistência para algumas questões do campo da saúde mental

Para começar a implementar esse trabalho, foi primordial contar com a gerência do CSEBF, que, felizmente, propiciou condições para que isso ocorresse, incluindo esse tema nas reuniões realizadas com os profissionais do serviço, facilitando encontros e reuniões da psiquiatra e das psicólogas com esses profissionais, flexibilizando os horários de atendimento ambulatorial e dando mais autonomia para a psiquiatra gerenciar sua agenda.

Também foi fundamental a receptividade, entendimento e disponibilidade dos profissionais do serviço, para caminharmos nessa direção.

Atualmente, conseguimos avançar muito nesse sentido. São muitos, porém, os obstáculos para que a atuação do médico psiquiatra na APS possa se dar de maneira racional e eficiente.

Este trabalho é fruto dessas indagações e inquietações, que pretende dar poucas respostas, mas chamar a atenção para o tema e fazer muitas perguntas sobre o papel do médico psiquiatra na APS.

A organização tecnológica da atenção à saúde é um reflexo da maneira como a sociedade está organizada, de suas necessidades e das respostas para equacionar múltiplas demandas que se renovam, modificando a realidade e os sujeitos que nela vivem.

Hoje, se faz presente uma série de novos discursos no campo da saúde

pública, que trazem ao debate a necessidade de uma desconstrução teórica, que se traduzirá no curso das práticas de saúde (Ayres, 2004)

No entanto, o cotidiano dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre as práticas de saúde estão comprometidas com a produção do cuidado, da cura e da promoção à saúde (Merhy e Feuerwerker, 2009).

Do ponto de vista dos usuários, pesquisas revelam que, em geral, eles se queixam da falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas e relatam sensações de insegurança, desamparo, desinformação, desrespeito e desprezo (Merhy e Feuerwerker, 2009).

Neste trabalho, nos concentramos nas implicações práticas da inserção da atenção à saúde mental na APS, em particular do médico psiquiatra, considerando que as questões acima apontadas podem se mostrar mais intensificadas, pois a maneira como a sociedade tratou a “loucura”, ao longo da história, produz efeitos nas práticas de saúde atuais.

Há um consenso de que a atenção à saúde mental deve ser inerente a qualquer prática de saúde e, portanto, deve estar contemplada em todos os níveis de um sistema de saúde. Entretanto, é na APS o nível de atenção onde, cada vez mais, concentram-se as necessidades em saúde mental.

Isso ocorre porque, além do fato da atenção primária funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, os transtornos mentais são bastante prevalentes na população geral, tornando necessária a instrumentalização dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, para lidar com questões relacionadas à saúde mental (PAHO, 2009).

Para que isso ocorra, tem sido exigido que os profissionais da saúde mental (e aqui destacaremos a figura do psiquiatra) realizem o que se chama atualmente de “matriciamento” ou “apoio matricial” em saúde mental, que consiste, em poucas palavras por enquanto, na ferramenta utilizada por profissionais da saúde mental para aumentar o poder resolutivo das equipes de APS, no que se refere ao cuidado em saúde mental, subvertendo a lógica do encaminhamento.

No entanto, uma dificuldade encontrada é o despreparo dos psiquiatras para trabalharem com a ferramenta do apoio matricial, já que sua formação, tradicionalmente, não contempla essa questão.

O presente estudo concentra suas atenções no cenário das práticas do

psiquiatra, que atua no campo ou na interface da APS, analisando o processo de trabalho desse profissional e as organizações tecnológicas dirigidas a esse nível de atenção, particularmente no momento atual das diretrizes para a atenção básica de saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, fundamentadas no “apoio matricial” ou “matriciamento” (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008).

Para tal, pretendemos analisar o processo de trabalho do psiquiatra que atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

1.1 Transtornos mentais e saúde mental: modos de organização da atenção à saude mental

Nas últimas décadas, as questões representadas pelos transtornos mentais têm despertado cada vez mais o interesse da sociedade e do poder público, fazendo com que muitos países construam políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, com a melhoria da qualidade de vida, garantia dos direitos de cidadania e combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais (Amarante, 1994).

Tais políticas têm se caracterizado pela redução significativa de leitos psiquiátricos e pela implantação de serviços baseados na comunidade, podendo ser consideradas uma expressão das reformas psiquiátricas que se sedimentam sobre a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais e a consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, que enfatizam a importância de uma rede de cuidados que contemple a APS (Nunes et al, 2007).

Esse é o caso do Brasil, que passa a incorporar e veicular esses conceitos, através do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, defendendo a mudança do modelo de atenção e gestão do sistema e serviços de saúde mental, tendo como referência os fundamentos teóricos da saúde coletiva e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (Amarante, 1995; Delgado et al, 2007).

Grandes transformações ocorridas na realidade de nosso país, desde o início do movimento da reforma psiquiátrica, em 1978, refletem-se nos modelos de saúde e nas políticas públicas em saúde mental adotadas, que vieram a seguir.

Nessa direção, entendemos que vivenciamos atualmente uma nova

organização tecnológica na atenção à saúde mental no campo da APS, isto é, a atenção pública à saúde mental no Brasil encontra-se voltada para a implantação de um novo projeto tecnoassistencial, referenciado nas proposições da reforma psiquiátrica (Lancman e Pereira, 2008).

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 APS. Além da atuação no território, o atual modelo compartilha dos 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, procurando organizar-se como uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental (Lancman e Pereira, 2008).

Portanto, uma APS resolutiva é necessária para a concretização dos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, que busca o cuidado integral, respeito à autonomia do portador de transtorno mental e sua reinserção social. (Brasil, 2003; Hirdes, 2008).

Também é importante apontar que, na medida em que ocorrem essas transformações na maneira de organizar o cuidado da saúde mental da população, ocorrem também transformações do lugar ocupado pelo psiquiatra nesse processo e possíveis modificações em seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, diversos autores referem-se à necessária transformação do saber e da atuação dos recursos humanos inseridos no campo da saúde mental. Para que o saber e o saber fazer da cultura manicomial não sejam reproduzidos nos serviços substitutivos, é necessária a reconstrução da maneira de conceber e organizar o processo de trabalho (Amarante, 2008; Rotelli, 2008).

Adotar a concepção de cuidado integral em saúde mental, como unidade nucleadora de sentidos e saberes, requer que as práticas sejam desenvolvidas por meio de processos de trabalho em equipes interdisciplinares, com utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade.

Autores como Mendes-Gonçalves (1994), Campos (1992, 1994), Merhy (1997, 1998, 2002) e Franco (1999, 2003, 2004) consideram o campo do processo de trabalho em saúde fator determinante na estruturação dos modelos assistenciais.

Por ser assim, o cotidiano das práticas assistenciais necessariamente deve ser colocado em análise, pois a produção se dá no espaço da micropolítica de

organização do trabalho (Merhy, 1997), sendo todo o tempo um processo tenso, disputado e pactuado, o que resulta em certos formatos e maneiras de funcionamento para os serviços.

Utilizamos o conceito analítico de organização tecnológica do trabalho em saúde, (Mendes-Gonçalves, 1994), já que tentaremos apreender o processo de trabalho do médico psiquiatra na APS, considerando o processo de trabalho e seus constituintes, objetos de conhecimento.

Para tal, esta pesquisa tem foco na micropolítica do processo de trabalho desse profissional, enquanto sujeito atuante na APS e/ou em sua interface.

A fim de contextualizar as questões emergentes desse projeto, faz-se necessário discorrermos sobre a maneira pela qual os modelos de atenção à saúde mental foram se transformando e relacionando-se com a APS, possibilitando o surgimento de locais distintos de atuação do psiquiatra, nesse nível de atenção à saúde e provocando discussões a respeito do “saber” e do “saber fazer” desse profissional, no decorrer desta trajetória.

Também não é objetivo deste trabalho, detalhar a história da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, utilizaremos a extensa produção bibliográfica sobre o tema, como pano de fundo para a exposição de nossas idéias.

Embora a Reforma Psiquiátrica seja um movimento de âmbito nacional, as experiências de reorientação da atenção à saúde mental são heterogêneas e aqui será dado enfoque na experiência do município de São Paulo.

É importante esclarecer que no presente estudo, nos concentraremos principalmente, na atenção à saúde mental de adultos e não trataremos diretamente da atenção à saúde mental de crianças, idosos ou daqueles que sofrem primariamente pelo uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas.

1.1.1 A importância da atenção à saúde mental no contexto dos países de baixo e médio desenvolvimento

Os transtornos mentais e neurológicos são responsáveis por 14% da carga global das doenças e respondem por 30% da carga total das doenças não transmissíveis (OMS, 2008).

No entanto, embora as doenças mentais sejam altamente prevalentes no mundo todo e grandes contribuintes para a morbidade, incapacitação e mortalidade prematura, seu impacto em países mais pobres é muito maior, como veremos a

seguir.

Estima-se que três quartos da carga global dos transtornos neuropsiquiátricos se encontram em países de rendas baixa e média-baixa (OMS, 2008). Em 2004, calculou-se que 21% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), na América Latina e Caribe, deveriam ser atribuídos aos transtornos psiquiátricos e neurológicos (PAHO, 2009; OMS, 2008; Rodriguez, 2009).

Infelizmente, os recursos disponíveis para enfrentar a enorme sobrecarga causada por esses agravos, além de insuficientes, são desigualmente distribuídos, sendo, às vezes, utilizados de maneira ineficiente (Rodriguez, 2010).

Uma das consequências disso é que mais de 75% das pessoas que vivem em países de baixa e média-baixa renda, que precisam de atendimento em saúde mental, não o conseguem (OMS, 2008).

Embora os estudos epidemiológicos encontrem diferentes índices de prevalência, calcula-se que 25% das pessoas da América Latina e Caribe sofrem de um ou mais transtornos mentais ou comportamentais, ao longo da vida, o que coloca o tema da atenção à saúde mental em destaque (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 e integrado, orientado a partir da APS, sob os eixos da continuidade e integralidade. Deve envolver a comunidade e as associações de usuários e familiares, proteger os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e permitir ações intersetoriais. Também deve ser dada ênfase no desenvolvimento de recursos humanos, na produção de informações científicas, bem como em estudos avaliativos (PAHO, 2009).

Se a princípio parece um projeto grandioso demais, ao avaliar os avanços nos programas e serviços de saúde mental sob uma perspectiva histórica, pode se observar um progresso significativo em muitos países. A saúde mental foi incorporada aos sistemas de atenção à saúde, especialmente no nível da APS, e foram registradas numerosas experiências inovadoras e bem sucedidas de modelos de saúde mental, baseados na comunidade (Rodriguez, 2009).

No caso do Brasil, devemos pensar que vivemos num país de extrema desigualdade social. Portanto, em que pese a carência de recursos como um todo no país, em São Paulo, um dos grandes desafios nos parece ser a organização tecnológica e gestão desses recursos.

Esse é um desafio compartilhado, pois todo e qualquer modelo de atenção à saúde mental que surgiu após a falência do modelo manicomial, teve que se preocupar com a construção de organizações tecnológicas, que conseguissem orientar suas ações de cuidado nos contextos comunitários.

Como atualmente há um consenso de que a APS deve ocupar um papel central nos sistemas de atenção à saúde mental, nos parece apropriado discorrer brevemente sobre o conceito de APS aqui utilizado.

1.1.2 Atenção primária à saúde

Utilizamos o conceito de APS que consta na “Declaração de Alma-Ata”, de 1978.

Nessa perspectiva, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas moram ou trabalham e também integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação, além de enfatizar a necessidade de ações intersetoriais.

Essa concepção é considerada abrangente, por considerar que a APS ocupa posição central no sistema nacional de saúde, além de fazer parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico (Giovanella e Mendonça, 2008).

Em contraponto a essa concepção abrangente, foi se desenvolvendo uma APS seletiva, que consiste num pacote de intervenções de baixo custo, para combater as principais doenças em países pobres. A APS seletiva tornou-se uma proposição hegemônica, defendida por diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e implantada em diversos países (Paim, 2008; Giovanella e Mendonça, 2008).

No Brasil, essas concepções não foram bem definidas e a APS ocupou lugar secundário nas políticas de saúde, ficando à mercê de interesses e iniciativas locais.

Só recentemente, a partir da segunda metade da década de 1990 é que vai se fortalecendo uma política pública para a APS, no processo de consolidação do SUS.

Nesse contexto, adotou-se a denominação de Atenção Básica em Saúde (ABS), em substituição ao termo Atenção Primária à Saúde, construindo identidade institucional própria (Paim, 2008; Giovanella e Mendonça, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional da Atenção Básica, definindo esse nível de atenção à saúde da seguinte forma:

> *"A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social"* (Brasil, 2006).

Neste estudo, utilizaremos tanto a expressão ABS como APS, embora prefiramos utilizar a segunda, por ser reconhecida internacionalmente.

Para Merhy (1997) "(...) a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menos aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde", isto é, lugar de possibilidades de promoção da autonomia do cuidado em saúde e de construção de sujeitos.

Para isso, um dos requisitos básicos é que esses serviços conheçam e interajam com o coletivo da sua clientela e organizem processos de trabalho multiprofissional, para o cuidado integral à saúde dos indivíduos que vivem no território.

A ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Entretanto, estas ações devem transpor a centralização das ações no modelo biomédico, na doença, através de uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados (Hirdes, 2008).

1.2 Sobre o trabalho do psiquiatra nos diferentes modelos de atenção à saúde mental

Nas últimas duas décadas, tem havido um debate entre aqueles favoráveis à oferta de atenção à saúde mental nos hospitais e aqueles que preferem sua oferta em contextos comunitários, primariamente ou até mesmo exclusivamente.

Thornicroft e Tansella (2004) defendem uma terceira alternativa, que é utilizar tanto os serviços comunitários quanto atenção hospitalar, compondo assim um "modelo de atenção equilibrada", onde o foco está na oferta de serviços em contextos comunitários próximos da população atendida, enquanto as internações hospitalares serão tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e utilizadas somente quando necessário. Dessa maneira, encorajam que se leve em consideração quais abordagens são mais adequadas para um território particular em um período particular.

Acrescentam também que os elementos componentes da atenção equilibrada devem ser integrados e interrelacionados, constituindo um sistema completo de atenção e que reflitam os seguintes princípios chave: autonomia, continuidade, eficácia, acessibilidade, acolhimento, equidade, racionalidade, coordenação e eficiência (Tansella e Thornicroft, 1999).

Thornicroft e Tansella (2004) realizaram uma revisão sistemática sobre esse tema, a fim de oferecer aos gestores algumas respostas a questões como: até que ponto os serviços de saúde mental devem ser oferecidos em contextos comunitários ou hospitalares? quais serviços de saúde mental são essenciais? quais devem ser as prioridades na atenção à saúde mental em países com poucos, médios ou muitos recursos? quais são os argumentos e as evidências no campo?

A conclusão principal foi a de que o modelo de atenção á saúde mental deve oferecer os recursos de maneira equilibrada e integrada, ou seja, que inclua tanto elementos comunitários como hospitalares, que podem ser oferecidos conforme a necessidade, de maneira integrada.

A partir disso, os autores sugerem a gestão de recursos em saúde mental (tanto serviços como profissionais), conforme a disponibilidade encontrada em cada contexto, o que pode lançar luz em algumas questões sobre a atenção à saúde mental, debatidas atualmente no Brasil.

Em países com menos recursos, a equipe de APS, provavelmente, precisará

oferecer a maioria, senão todos os serviços de saúde mental na APS, com a retaguarda de especialistas, para proporcionar treinamento, consultoria, avaliação de pacientes internados e tratamento que não pode ser oferecido na APS (Desjarlais, 1995; Mubbashar, 1999; OMS, 2001).

Nathan e Gorman (2002) citam países com poucos recursos que poderiam estar num estágio pré-manicomial, no qual a atenção aparentemente comunitária representa, de fato, negligência generalizada com os portadores de transtornos mentais.

Na medida em que os recursos disponíveis aumentam, podem ser ofertadas ações como tratamento ambulatorial, equipes comunitárias de atenção à saúde mental, atenção hospitalar a pacientes em crise aguda, atenção residencial prolongada e atenção ocupacional.

Países com muitos recursos poderiam dispor de atenção especializada para pacientes com transtornos específicos, como transtornos alimentares ou serviços para adolescentes, por exemplo, equipes comunitárias de atenção à saúde mental especializadas em intervenção precoce em crises e acompanhamento a portadores de transtornos mentais graves, hospitais-dia ou estabelecimentos para pacientes com transtorno mental em fase aguda, assim como formas alternativas de atenção comunitária residencial prolongada e formas alternativas de reabilitação profissional (OMS, 2001; Thornicroft e Tansella, 2004).

É importante ressaltar que, mesmo nos países com muitos recursos, a tarefa de identificar e tratar transtornos mentais prevalentes, como depressão e transtornos de ansiedade, ainda recai, predominantemente, nos profissionais da APS, que devem oferecer intervenções de baixo custo, acompanhadas de relacionamentos de trabalho permeáveis e acessíveis entre o técnico de referência (frequentemente um (a) enfermeiro (a) da APS) e o especialista em saúde mental. Haverá casos que serão encaminhados, diretamente, ao psiquiatra como pacientes com sintomatologia persistente, mais disfuncionais e/ou que se mostraram refratários ao tratamento oferecido pela equipe da APS (Gask et al, 1997; Von Korff e Goldberg, 2001).

Com relação à atuação da equipe de saúde mental na APS, a evidência disponível aponta que intervenções dirigidas unicamente para treinamento e apoio dos clínicos da APS não têm sido eficazes, enquanto que o acompanhamento dos casos feito de forma compartilhada, entre generalista e psiquiatra, aumenta a adesão ao tratamento (Simon, 2002).

Embora não haja critério sócio-econômico consensual, para determinar quais países se enquadram em um ou outro desses agrupamentos (países com poucos, médios ou muitos recursos), Thornicroft e Tansella (2004) fazem uma comparação de indicadores de programas de atenção primária à saúde mental na Europa e África, à qual acrescentamos dados do nosso país:

TABELA 1: indicadores de programas de atenção à saúde mental na Europa, África e Brasil.

Indicador	**Europa**	**Brasil***	**África**
Psiquiatra por 100.000 habitantes	5,5 – 20,0	1 – 5	0,05
Leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes	87	19	3,4
Gastos em saúde mental como percentual do orçamento total da saúde	5 – 10%	2,3%	Menos de 1% em 80% dos países

Fonte: Thornicroft e Tansella 2004
* Brasil, 2011

Dentro dessa classificação, poderíamos colocar o Brasil como um país com médios recursos para gerenciar a atenção à saúde mental.

Embora identifiquemos algumas propostas de assistência à saúde mental na comunidade, desde a década de 1970 (Paulin e Turato, 2004), somente a partir de 2001 pode-se notar o início de uma preocupação política, em termos oficiais, para enfrentar a questão na APS (Gama e Onocko-Campos, 2009).

1.3 A inserção da psiquiatria no contexto comunitário: mudanças na organização tecnoassistencial da atenção à saúde mental

Observa-se que os projetos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária foram movimentos marcados por uma tentativa de integração da dimensão social, presente na produção das enfermidades que vinham sendo excluídas da prática médica. É nesse cenário, principalmente a partir da segunda metade do século XX, que se precipitam as críticas ao modelo hospitalar ou hospitalocêntrico, e a defesa da idéia de que a doença mental é uma doença como as demais, e deve ser prevenida e tratada como tal, desencorajando, assim, seu isolamento da sociedade e contribuindo para o surgimento das experiências de psiquiatria comunitária (Donnangelo, 1979; Caplan, 1980; Rose, 2001).

No campo da saúde mental, a mudança do modelo centrado no hospital para outro nomeado comunitário tornou-se premissa básica, no que se convenciona chamar de reforma da assistência psiquiátrica (Szmukler; Thornicroft, 2001).

No Brasil, a elaboração de práticas comunitárias de atenção à saúde mental, teve a influência de movimentos de reformas psiquiátricas internacionais, como a psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra), psiquiatria comunitária (EUA) e movimento da desinstitucionalização (Itália) (Birman, 1994; Costa-Rosa, 2000).

Com relação aos aspectos conceituais das reformas psiquiátricas, Amarante (1996) traça três formulações importantes de desinstitucionalização, que influenciam as práticas de saúde mental: desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência e como desconstrução.

Para Amarante (1996), o conceito de desinstitucionalização como desconstrução caracteriza a crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria. Essa é a tendência que mais influenciou o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, a partir da década de 1970 e identifica-se com a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica, desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália.

Nesse período, é possível identificar algumas propostas de assistência à saúde mental na comunidade, como o “Manual de serviço para a assistência psiquiátrica”, resultado de uma pesquisa de âmbito nacional, que se baseava nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal (Paulin e Turato, 2004).

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), do Ministério da Saúde. O PISAM resgatava os princípios da psiquiatria comunitária, com enfoque na qualificação técnica de médicos generalistas e profissionais da saúde, para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em serviços de atenção primária à saúde. No entanto, foi obstruído em decorrência das pressões exercidas pelo setor privado da área da saúde (Amarante, 1994).

Nessa época, os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais recursos extra-hospitalares, dos quais o mais significativo era o ambulatório (Amarante, 1995). Atualmente, os gastos extra-hospitalares somam 68% do orçamento (Basil, 2011).

No final da década de 80, ocorre uma inflexão na trajetória do movimento de reforma psiquiátrica, com a incorporação da noção de desinstitucionalização, na tradição Basagliana, que denuncia o fracasso do paradigma psiquiátrico ao agir na cura, aponta para sua função normatizadora e excludente e aposta na desconstrução do manicômio (Desviat, 1999; Amarante, 1995).

Com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, e a promulgação da Constituição Federal, em 1988, se reformula e se reorienta a relação entre Estado e sociedade, na perspectiva da cidadania.

Nesse cenário, emerge um novo sistema de saúde no país – Sistema Único de Saúde (SUS), resultado do movimento de Reforma Sanitária, no qual se insere também o movimento de Reforma Psiquiátrica.

No final da década de 1980, surgem as primeiras experiências de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no ano de 1989 entra na agenda do Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (Luzio e L'Abbate, 2006; Delgado et al, 2007).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como um novo modelo de tratar os portadores de transtornos mentais severos, constituindo-se como um dispositivo que leve a prescindir da internação e que possa acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos, sendo estruturado para atender as necessidades de saúde dos usuários e seus familiares, num contexto comunitário (Goldberg, 1996).

Para Nicácio (1994), o CAPS pode ser considerado um equipamento-

síntese, agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade, condensando vários dos grandes princípios que norteiam a nova política inserida no contexto da redemocratização: inclusão social, autonomia e cidadania.

É importante dizer que o CAPS surge como ordenador da rede de assistência à saúde mental (Brasil, 2004). No entanto, para Furtado e Onocko-Campos (2006), o papel do CAPS não fica claro, gerando dúvidas a respeito de como seria essa "ordenação" da rede.

Consideramos que ao delegar essa função ao CAPS, desconsidera-se que a ordenação da rede de assistência à saúde é papel da APS, o que pode contribuir para as dúvidas referidas acima.

Embora seja inegável o avanço da atenção à saúde mental com o surgimento do CAPS, as ações desses equipamentos eram voltadas para os portadores de transtornos mentais graves. Portanto, ainda que operasse num contexto comunitário, não focalizava a atenção à saúde mental dos transtornos mais prevalentes na população (Brasil, 2004).

Borges e Baptista (2008), em artigo sobre a trajetória do modelo assistencial de saúde mental no Brasil, consideram que o período compreendido entre 1990 e 1996 teve um caráter "germinativo", pois apesar de não haver configurado um desenho de modelo assistencial condizente com o que a reforma psiquiátrica ansiava, ou seja, uma rede de serviços de complexidade e territorializada, preparava terreno para a construção de uma rede ampla, pelo enfrentamento da questão da desospitalização, da abertura do financiamento e da construção de consensos e legitimidade em torno da política de saúde mental. É nessa época que se formula a Portaria n.224/92, primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS.

O ano de 2001 é marcado por dois eventos cruciais nesse sentido: a aprovação, em abril, da Lei Federal nº 10.216/2001, que legitima e consolida a reforma psiquiátrica no país; e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que trouxe novas propostas, voltadas para a inovação do modelo assistencial e a expansão da rede de serviços substitutivos (Borges e Baptista, 2008).

A citada Lei, no seu artigo 1º, prevê a proteção dos indivíduos portadores de transtorno mental, afirmando que são seus direitos: terem acesso ao melhor sistema de saúde, serem tratados com humanidade e respeito. A mesma Lei, no artigo 2º,

parágrafo único, propõe que o portador de transtorno mental deve "(...) ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (...) visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade".

A III Conferência de Saúde Mental, além de reforçar a reorientação do modelo assistencial, estabelece que a porta de entrada da rede de saúde mental deve ser a Unidade Básica de Saúde (UBS) (Brasil, 2002).

A partir de 2001, pode-se notar o início de preocupação do Ministério da Saúde para enfrentar a questão da saúde mental na atenção básica (Gama e Onocko-Campos, 2009), pois naquele ano, a Coordenação Nacional de Saúde Mental promoveu “oficina de trabalho” para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Em 2002, temos o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica e, em 2003, a edição de uma circular conjunta da Coordenação Nacional de saúde mental e da Coordenação Nacional da Atenção Básica denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (Brasil, 2003).

Esse documento começa a delinear algumas diretrizes para essa aproximação, propondo o apoio matricial da saúde mental a, no mínimo, seis e, no máximo, nove equipes de Saúde da Família, a formação desses recursos humanos como estratégia prioritária e a inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2003).

O período compreendido entre 2002 a 2004 pode ser considerado como um “momento de expansão”, na medida em que expande o desenho de um modelo assistencial diversificado em suas linhas de atuação. Além do investimento em estratégias avaliativas de serviços hospitalares e programas de incentivo para desospitalização de egressos de internações prolongadas, o Ministério da Saúde define a figura orçamentária e organizacional dos CAPS. Entre outras resoluções, são estabelecidas normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, estabelecendo a capacidade operacional da instituição e elencando suas funções na sua área de adscrição (Borges e Baptista, 2008).

O Ministério da Saúde edita, em 2004, o documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, conhecido como “*Manual do CAPS*”. Nesse texto, define que os CAPS têm a responsabilidade de:

“Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar

> *suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área (...) e realizar apoio matricial às equipes de atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes de atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica"* (Brasil, 2004).

É interessante notar que esse documento delega ao CAPS as funções de organizar a rede de serviços de saúde mental e regular a porta de entrada para essa rede, num determinado território. No entanto, essas funções são inerentes à APS, e o CAPS não se configura como um serviço da APS.

No próprio texto, o CAPS é colocado como um serviço de "maior complexidade", ao qual a atenção básica recorreria, para atender "casos complexos", bem como uma instituição que tem a função de "dar suporte" e "supervisionar".

Vemos também que é nesse período que surge o conceito de apoio matricial em saúde mental nos textos oficiais, como uma forma de organizar o trabalho entre a saúde mental e a APS. No entanto, o que podemos notar desde o início é que o apoio matricial em saúde mental nasce nos textos oficiais com sentido de "orientação e supervisão". Todavia não deixa claro como essas ações se dariam, ficando a critério dos profissionais a definição do que seriam as "situações mais complexas" demandadas das Unidades Básicas de Saúde.

Há dois anos, nova diretriz é formulada, reorientando a estratégia do apoio matricial em saúde mental para a APS, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154/2008 (Brasil, 2008).

O NASF é classificado em duas modalidades, de acordo com essa Portaria:

> *"Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.*
>
> *§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.*
>
> *§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.*
>
> *§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de*

> *nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.*
> *§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional"* (Brasil, 2008).

Além disso, nessa Portaria é exigido que cada equipe do NASF tenha, pelo menos, um profissional da saúde mental e especifica que cada NASF deve vincular suas atividades a, no mínimo, oito equipes de saúde da família e, no máximo, vinte equipes (Brasil, 2008).

Podemos apontar que desde 2004, no Brasil, como política do SUS, mediante a estratégia de apoio matricial, pretende-se que seja possível a transformação da atenção à saúde mental na APS, aumentando a capacidade de resposta das equipes da APS para as necessidades de saúde mental da população de determinado território.

Recentemente, essa política torna-se hegemônica, com diretrizes para que o psiquiatra utilize, predominantemente, a ferramenta do apoio matricial, em seu processo de trabalho na APS. Portanto, conhecer e saber utilizar a estratégia do apoio matricial se faz necessário para esse profissional.

Nessa perspectiva, apontaremos a seguir algumas questões teórico-conceituais, a respeito dessa estratégia.

1.3.1 Apoio Matricial em Saúde Mental

O conceito de apoio matricial vem da Teoria Geral da Administração, como uma maneira de organização de vários departamentos de uma empresa. Assim, de acordo com Chiavenato (1999), "A essência da organização matricial é combinar as duas formas de departamentalização, a *funcional* e a *de projeto*, na mesma estrutura organizacional".

Pode-se, pois, satisfazer a duas prementes necessidades da organização, quando estas se defrontam com situações de complexidade: a de *especialização* (por agregar especialistas técnicos) e a de *coordenação* (por reunir pessoas vinculadas a um mesmo projeto). Também devem ser ressaltados os aspectos de colaboração dos indivíduos participantes e de interdependência departamental, fundamentais para a correta consecução das atividades nesse modelo (Chiavenato, 1999).

No campo da administração de empresas, são apontadas vantagens e desvantagens da organização matricial. Entre as vantagens estão a comunicação livre, a coordenação entre especialistas, a flexibilidade para responder rapidamente às mudanças, o processo de decisão descentralizado, a rede de comunicações extensas para processar grande quantidade de informação, a utilização de recursos compartilhados de modo eficiente e a alta adaptabilidade (Bateman, 1998).

Por outro lado, as desvantagens são a falta de clareza dos papéis, a competição pelo poder e um “excesso” de democracia que pode conduzir a ação insuficiente (Bateman, 1998).

No campo da saúde, o conceito de organização matricial é entendido como um modelo de organização, 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 técnico configura-se através de um compartilhamento ou corresponsabilização dos pacientes atendidos/acompanhados, visando a impedir o encaminhamento desnecessário dos mesmos 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 ou por um conjunto de profissionais, que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto 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 aqueles dedicados ao apoio matricial - dependeria de um permanente ajuste e negociação entre os membros da equipe.

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

Todavia, alguns impasses ou obstáculos do matriciamento em saúde mental já foram identificados, a saber:

1) Obstáculo estrutural

Domitti (2006) aponta que para minimizar a fragmentação dos processos de trabalho e privilegiar a abordagem integral, não basta facilitar a comunicação entre os profissionais. É preciso montar um sistema que favoreça o compartilhamento de saberes e responsabilidades, onde cada instância e/ou profissional saiba, claramente, qual o seu papel na instituição e nos projetos terapêuticos especificamente. Para tal, reafirma a importância das equipes de referência exercerem seu papel de acompanhamento longitudinal dos usuários, pelos quais são responsáveis.

Essas tendências à descontinuidade e à fragmentação dos projetos terapêuticos acentuam-se, quando a intervenção depende de mais de um serviço integrante do sistema de saúde (Domitti 2006).

Com relação ao portador de transtorno mental, cujo cuidado procura-se realizar atualmente no modelo em rede, consideramos que esse obstáculo pode ser ainda maior, já que se observa uma baixa articulação entre os serviços de saúde mental com a APS (Brasil, 2007).

2) Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos

No trabalho de Domitti (2006) fica evidente a dificuldade de operacionalizar o apoio matricial em saúde mental, pela falta de profissionais de saúde mental, além de ter sido apontado que esses profissionais demandam formação para utilizarem essa ferramenta.

A formação do psiquiatra ainda não tem contemplado, de maneira suficiente, a técnica de apoio matricial. Tradicionalmente, os psiquiatras são formados de acordo com o modelo médico-hegemônico, o que pode dificultar sua inserção no modelo atual de cuidado à saúde mental, que exige um trabalho multiprofissional e a interação constante com outros profissionais e serviços da rede.

Nesse sentido, a formação do psiquiatra que mais se aproxima do matriciamento seria a interconsulta ou a psiquiatria de ligação, que ocorre geralmente em ambiente hospitalar.

3) Obstáculos político e de comunicação

Domitti (2006) aponta ainda que tem sido observado, como fato comum nas unidades que possuem equipes de saúde mental, uma maior resistência e algumas

dificuldades na organização de uma estrutura para o apoio matricial se desenvolver, supondo que isso se dava a uma cultura arraigada da onipotência do especialista, presente nessas unidades, dificultando o entendimento da corresponsablizaçao pelos usuários.

4) Obstáculo subjetivo e cultural

Ainda persiste a visão de uma clínica pouco ampliada em detrimento de uma clínica em que, efetivamente, a interdisciplinaridade está colocada. Isso dificulta que os trabalhadores, com os profissionais da saúde mental, possam tentar experimentar um alargamento de suas ações, saindo dos atendimentos de consultório, tipo "queixa-conduta", e construir saídas mais criativas para os problemas detectados no campo da saúde mental (Domitti, 2006).

5) Obstáculo ético

Este obstáculo refere-se à confidencialidade das informações trocadas sobre os pacientes, em reuniões de equipe e anotações de prontuário, o que obriga a todas as profissões de saúde repensarem o tema das relações entre eles e deles com os usuários, para que possam cuidar e produzir saúde, sem causar danos ou constrangimentos, algo que sempre irá permear a clínica e o cotidiano desses profissionais.

6) Obstáculo epistemológico

A dificuldade enfrentada no aspecto epistemológico é integrar os planos biomédico, social e subjetivo, num método de trabalho que reconheça a complexidade e a variabilidade dos fatores e recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo.

A respeito do obstáculo epistemológico, consideramos um desafio para o psiquiatra, discriminar o que seria sua função, para além do diagnóstico e tratamento ao utilizar a estratégia do apoio matricial, ou seja, quais as especificidades de seu saber são importantes nos planos social e subjetivo.

De uma maneira mais simples, as perguntas seriam: o que o psiquiatra faz, que somente ele pode fazer? O que o psiquiatra faz, que os outros profissionais podem aprender a fazer, e quais seriam esses profissionais?

Para lançar alguma luz sobre essas questões, faz-se necessário fazer uma distinção entre o núcleo de competência e campo de competência na realização do apoio matricial.

1.4 Sobre a atuação do psiquiatra e seus saberes

1.4.1 Campo, núcleo e as práticas em saúde mental

Campos (1997) faz uma crítica à propensão das especialidades para definirem um campo muito rígido de suas atribuições, identificando essa atitude com certo corporativismo, algo que vem reforçado desde a graduação e a residência médica.

Apesar da inegável legitimidade técnica da maioria das especialidades médicas, que contribuem para aumentar a resolutividade da prática médica, sua valorização excessiva acaba resultando numa perda de habilidades médicas básicas por parte dos profissionais.

O que ocorre é então a fragmentação do trabalho médico, dificultando o diagnóstico e a instituição de terapêuticas adequadas em tempo hábil.

Para minimizar esse efeito, aquele autor propõe dividir a denominada área de competência de uma especialidade em dois espaços inclusivos: o campo de competência e o núcleo de competência.

O campo de competência teria limites e contornos menos precisos, pois incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. Esse campo de intersecção não permitiria o monopólio profissional da especialidade.

O segundo espaço, mais específico, denominado de núcleo de competência, incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área, com suas definições bem delineadas.

Para Onocko Campos e Furtado (2005), o campo da saúde mental possui limites imprecisos e indefinições, na medida em que abarca a confluência de vários saberes e propicia certa relativização de poderes entre categorias profissionais, tornando-o espaço privilegiado para as experimentações e produção de novas práticas.

Ainda para as autoras, o campo da saúde mental apresenta polarizações importantes, como o dilema entre clínica e saúde mental, o que Tenório (2001) aponta como duas posições em relação aos processos de reforma psiquiátrica: uma que enfatiza a dimensão política e social, propondo a superação da clínica, e outra que considera que a loucura é impregnada por uma especificidade que só a clínica

é capaz de acolher de forma positiva.

No espaço onde o núcleo da psiquiatria e o campo da saúde mental se interceptam, as atribuições/competências do psiquiatra não são claras.

Birman e Costa (1994) apontam para o risco de se pulverizar o conhecimento da psiquiatria, tirando com isso a especificidade desse saber.

Por outro lado, há o risco de se atribuir ao psiquiatra *somente* a função de diagnosticar e medicar, contribuindo para uma visão reducionista do sujeito e do seu sofrimento.

Assim, Freire Costa (1996) analisa essas abordagens e afirma que a ética da interlocução que orienta, em grande medida, a denominada posição clínica pode gerar a ênfase no indivíduo, em detrimento das perspectivas sociais e políticas. Por seu turno, a ética centrada na ação social, que orienta, em grande medida, a denominada posição clínica pode não trabalhar com os aspectos relacionados à constituição singular do sofrimento psíquico.

O dilema está em como articular atendimentos orientados por uma posição ética que articule essas duas posições. Entretanto, a concepção ética se associa a específicas leituras sobre a subjetividade e sobre o conhecimento.

Para Brandão (1998), as práticas em saúde mental podem ser orientadas por duas medidas éticas: uma herdeira do naturalismo e outra, visando à singularidade da experiência.

A ética naturalista buscaria na natureza os fundamentos da vida moral e seria fundamentada pela biologia e pela tecnologia, tornando as obrigações morais válidas para todos os indivíduos.

O autor relaciona a ética naturalista como uma determinada forma de atender às demandas, tentando encaixá-las num quadro nosológico, abolindo qualquer experiência nova que corrompa tal enquadramento, propondo por conseqüência, uma solução previamente respaldada por um ideal de felicidade.

Em oposição à ética naturalista, o autor propõe outra ética, produtora de cidadania, na medida em que não pressupõe fundamentos universais e procura, a partir das singularidades do sujeito, aproximá-lo de uma felicidade a ser construída, e não de ideais previamente estabelecidos, como se fosse possível escolher o que é originalmente bom ou mau para todos.

Brandão (1998) aponta que cada campo do saber tem o seu próprio objeto e sua concepção de causalidade, mas adotar tal visão ética é o que permite que

profissionais de várias especialidades sentem juntos, para discutir algo que é reconhecido como um propósito comum, que é aliviar o sofrimento alheio.

Para o autor, é necessário que haja essa convergência ética entre as várias especialidades, que produza um espaço de tessitura entre vários saberes que se cruzam e criam novas verdades, o que ele considera que seja a interdisciplinaridade.

Essas questões também estão relacionadas ao “lugar” ocupado pelo psiquiatra, tornando-se mais complexas, na medida em que seu trabalho começa a ser feito no contexto comunitário.

Para Reinaldo (2008), a concepção de “psiquiatria comunitária” não nasceu clara nem para os trabalhadores do campo da saúde mental, havendo uma dificuldade relacionada ao conceito de saúde mental e ao entendimento do que seria comunidade, em relação a seus limites.

Birman e Costa (1994) consideram que a psiquiatria vem passando por uma crise que se inicia desde o começo do século passado, com a crise da psiquiatria fenomenológica na Europa e o surgimento da psiquiatria behaviorista americana, que formula o conceito de enfermidade mental como desadaptação social, como reação a uma situação ambiental conflitiva.

Essa crise se aprofunda a partir da II Guerra Mundial, período no qual tanto os psiquiatras estão insatisfeitos diante de sua impotência terapêutica, quanto crescem as preocupações governamentais, diante dos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua consequente incapacidade social.

As origens e consequências dessa crise delimitam-se em todos os níveis constitutivos da psiquiatria:

1) Enquanto sistema assistencial, nas suas formas de atenção pública e privada, o médico torna-se um profissional cuja prestação de serviços e até mesmo a relação com seu paciente é cada vez mais regulada por uma instância supraclínica, que estabelece a estrutura fundamental do ato terapêutico, definindo o espaço em que este vai ocorrer, nos seus detalhes e nos seus gestos.

As transformações que isso acarreta, subvertem o essencial no campo da psiquiatria, que é fundada na relação discursiva entre o médico e seu paciente, abalando sua estrutura teórica, levando à constituição de um novo objeto do saber (Birman e Costa, 1994).

2) Como saber, enquanto disciplina teórica, na medida em que os seus fundamentos são postos em dúvida na sua cientificidade. Um conflito se estabelece

quando o objeto de saber e de trabalho passa a ser a saúde mental e não mais a doença mental.

Para Menezes e Yasui (2008), a crise que a psiquiatria enfrenta nesse contexto é muito antiga, passando antes pelo dilema de definir a doença mental, vindo da busca infrutífera pela lesão anatomopatológica , ao encarar essa "mudez lesional" como uma limitação meramente tecnológica que, com o tempo e com o desenvolvimento de exames diagnósticos, será superada. Essa busca permaneceria até os dias atuais, agora com as pesquisas promissoras na área da genética humana.

Instaura-se uma mutação radical no campo epistemológico da "Medicina Mental", quando o objeto de trabalho como instrumento de cientificidade sobre a Doença Mental passa a ser a Saúde Mental, pretendendo ser definidor do que seria saudável, delegando, assim, à psiquiatria o suposto poder e a tarefa de instaurar Saúde Mental originariamente nos indivíduos (Birman e Costa, 1994).

Para esses autores, quando a psiquiatria dirige-se à Saúde Pública, incorpora os conceitos da História Natural da Doença, originando um grande dilema a respeito do que seria "Prevenção Primária" na psiquiatria.

Assim, o psiquiatra, sua equipe e a população como um todo deveriam atuar nas situações que antecederiam a eclosão da enfermidade, algo sem nenhuma racionalidade etiológica, já que as causas da eclosão de um transtorno mental são muito pouco sabidas (Birman e Costa, 1994).

Do ponto de vista teórico, transforma-se o discurso psiquiátrico, e, do ponto de vista assistencial, as suas estruturas se transformam também.

3) Como prática clínica, carregando as consequências e, ao mesmo tempo, expressando os conflitos anteriores, vai surgindo a necessidade e com ela indícios de uma nova prática, na medida em que intencionam operar sobre o novo objeto - a Saúde Mental.

Da cura da doença, pretende-se prevenir sua possibilidade, mesmo sem fundamentação teórica; assim, saúde mental passa pelo ajuste social. Além disso, quando o objeto passa a ser a "saúde", algo tão amplo e subjetivo, não é mais necessária uma especificidade da terapêutica, já que qualquer um pode realizar essa tarefa, e então, começa-se a interrogar qual é o estatuto profissional de psiquiatras e psicólogos, e se, efetivamente eles são necessários (Birman e Costa, 1994).

Nesse sentido, Menezes e Yasui (2008) falam da figura do “psiquiatra enlutado”, quando este se vê impelido a abandonar uma tradição asilar e normatizadora da psiquiatria que, ao ser exercida dentro do espaço físico do hospital, parece protegida das ambiguidades e ilogicidades de seu discurso fundante, que vêm à tona quando o psiquiatra se propõe a trabalhar com a realidade dinâmica do território.

Os autores então se perguntam, se há realmente um lugar possível para a psiquiatria no seio de uma realidade territorial e dentro dos princípios antimanicomiais e psicossociais atualmente propostos (Menezes e Yasui 2008).

Nós pensamos que sim, e que um dos desafios do psiquiatra é utilizar a especificidade de seu conhecimento, na realidade territorial onde está inserido.

Nessa direção, Lancetti (2006) aponta um fenômeno que denomina como “inversão da pirâmide” no campo da saúde mental:

> “*Na Saúde Mental a pirâmide é inversa: quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico, quando está contido a situação se torna menos complexa e quando mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta.”*

Essa questão reveste-se de especial importância quando observamos as diversas possibilidades de atuação do psiquiatra na APS e suas inúmeras atribuições.

Levando em conta que as práticas em saúde mental dependem das concepções teóricas dos seus atores, consideramos que a atuação do psiquiatra na APS é fundamental, para concretizar os preceitos da reforma psiquiátrica, no que tange o cuidado integral do portador de transtorno mental, preferencialmente na comunidade (Costa-Rosa, 2000; Hirdes, 2008).

Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde indicam que esse é, no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho, o lugar onde os sujeitos agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão, na medida em que os interesses podem ser diversos, ademais, como é um espaço de produção por natureza, há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se

entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (Merhy e Franco, 2003).

Ao serem propostas novas formas de atenção e um modelo mais horizontal de relação entre os trabalhadores, onde o psiquiatra tem seu poder “diluído”, a reorientação do modelo de atenção à saúde mental no contexto das proposições da reforma psiquiátrica, também implica novos processos de trabalho: novas divisões de tarefa e de responsabilidades e novas maneiras de articular os outros níveis de atenção (Lancman e Pereira, 2008).

Nessa perspectiva, analisar diferentes organizações tecnológicas para a atenção à saúde mental se faz necessário, a fim de melhor apreender essa transformação dos processos de trabalho e entender o que vem se desenvolvendo nesse campo, no momento atual.

O modelo de atenção à saúde mental de bases territoriais ou comunitárias tem gerado discussões a respeito de quais competências são necessárias ao psiquiatra que atua na comunidade.

Linsley et al (2001), discutindo a respeito do ensino em psiquiatria comunitária, realizaram uma revisão sobre o tema, distribuindo as competências por três áreas principais: o conhecimento, as habilidades e a atitude.

É importante sublinhar que os autores consideram a psiquiatria comunitária como um dos componentes de uma rede de atenção em saúde mental que precisa funcionar de maneira efetiva e sustentável. Também consideram que qualquer formação em psiquiatria deve incorporar a APS como um cenário de práticas e treinamento. Argumentam que, ao contemplar a psiquiatria comunitária durante a formação, estão facilitando e estimulando uma atitude colaborativa do profissional, necessária para o trabalho em rede.

De acordo com Linsley (2001), temos o seguinte entendimento:

Conhecimento

Como a atenção à saúde mental envolve várias formas de tratamento, uma diversidade de serviços e diferentes modelos de atenção, o psiquiatra deve conhecer o funcionamento e a efetividade de cada um deles.

Precisa de conhecimentos sobre intervenções para tratamento precoce das psicoses, prevenção de internações, facilitação da alta precoce e melhora do funcionamento do indivíduo.

Deve ser capaz de atuar em situações de crise e desestabilização da

doença psiquiátrica, através de tratamento medicamentoso, aconselhamento ou psicoterapia, reabilitação funcional e apoio aos familiares.

As intervenções psicossociais exigem uma mudança da visão médica tradicional, para uma abordagem individualizada dos sintomas, considerando as vulnerabilidades sociais e os estressores ambientais.

Como a atenção à saúde mental na comunidade exige um trabalho em equipe multiprofissional e em integração com os outros níveis de atenção, é necessário conhecer os papéis dos outros profissionais e o funcionamento dos demais níveis de atenção à saúde.

Habilidades

O psiquiatra precisa estar habilitado para realizar avaliações fora do ambiente do consultório, sendo necessário que ele se sinta confortável e capaz de realizar uma consulta/avaliação domiciliar, ou em instituições, por exemplo. Portanto, é necessário que seja capaz de manter sua própria segurança, evitando se expor ou expor a equipe a situações de risco.

Além de estabelecer contato com o paciente, o psiquiatra deve estabelecer uma relação com o cuidador e lançar mão de estratégias para reduzir sua sobrecarga.

Aliado à capacidade de intervir em situações de crise, é necessária a capacidade de reconhecer situações em que não é possível o tratamento na comunidade e providenciar para que seja realizada uma internação.

É necessário também desenvolver a habilidade de realizar de maneira breve, o exame psíquico e a história do paciente.

Atitudes

As atitudes consideradas “apropriadas” são fundamentais, pois sem elas, as habilidades estariam comprometidas e os conhecimentos seriam por si só, insuficientes.

Os autores falam da importância de uma atitude focada no “cuidar” e não no “curar”, buscando objetivos realistas para o cuidado, a longo prazo, de portadores de transtornos mentais graves.

Johnston et al (1995) falam da necessidade de enfatizar a prevenção, no lugar da doença, a qualidade de vida, em vez dos sintomas e a busca da

colaboração e não o controle do paciente.

O psiquiatra que atua na APS deve estar disposto e aberto a trabalhar em equipe e às idéias dos outros membros da equipe, evitando assim trabalhar à margem do grupo, reduzindo-se a um mero “prescritor” (Factor et al, 1988).

Nesse sentido, para essa pesquisa levamos em conta três possibilidades de inserção do médico psiquiatra na APS, a fim de caracterizar e problematizar a respeito de seu processo de trabalho: como integrante da equipe de uma UBS, do CAPS e do NASF.

1.5 Atribuições da equipe de saúde mental nas diferentes organizações tecnológicas, de acordo com os documentos oficiais

É importante dizer que esses documentos dizem respeito às atribuições da equipe de saúde mental, praticamente não havendo distinção entre os profissionais, sendo assim, o papel do médico psiquiatra fica diluído e indefinido, como se esse profissional já soubesse onde e como atuar na APS.

UBS

A “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Ambulatórios de Saúde Mental (ASM)” (SESSP, 1983), conhecida como “*a Cartilha*”, é o documento que define quais as linhas de atuação das equipes multiprofissionais nas UBS e ambulatório de saúde mental. Aqui nos concentraremos nas diretrizes para as UBS.

As equipes deveriam ter pelo menos um (a) psiquiatra, um (a) psicólogo e um (a) assistente social, sendo assim consideradas “Equipes Mínimas de Saúde Mental”, inseridas nas UBS e, portanto, desenvolvendo ações consideradas como da atenção primária, integrando profilaxia e tratamento, dentro do limite pertinente de atuação e complexidade.

É interessante observar que na “*Cartilha*”, são dadas instruções mais precisas, para a atuação dos membros da equipe, incluindo o psiquiatra.

Uma delas é a superação do uso dos psicofármacos, como único recurso terapêutico. Para tal, deveria ser instituída a psicoterapia como modalidade de atendimento, que seria realizada preferencialmente por meio de intervenções grupais.

Orienta também sobre os aspectos organizacionais da equipe, ou seja, estabelece que o fluxo de atendimentos seja realizado pela recepção dos pacientes (podendo ser feita por qualquer membro da equipe), triagem e processo diagnóstico (ambos realizados pelo profissional que tiver a maior competência para responder às necessidades observadas na recepção), pontuando que a equipe deve estar preparada para realizar um atendimento emergencial, se for necessário, em casos de crises agudas, com sintomas psicóticos ou não.

O processo diagnóstico deve ser o mais breve possível e a duração das intervenções também (até no máximo 12 meses), podendo se estender em casos específicos (psicoses ou neuroses crônicas, deficiência mental, adesão ruim ao tratamento, por exemplo).

As ações devem ser realizadas na unidade ou no território, articuladas com os outros níveis de atenção, particularmente com os ambulatórios de saúde mental.

As atividades a serem realizadas são divididas em três grupos:

Grupo I: integração com a equipe técnica da UBS, como um todo e participação de reuniões distritais, para melhor articulação entre os serviços.

Grupo II: receber supervisão ou treinamento, quando oferecidos e realizar atividades que visam dar base às ações de assistência, como a articulação dos recursos da rede, assessoria contínua aos demais funcionários, sobre os aspectos de saúde mental dos pacientes por eles atendidos, visita domiciliar, articulação entre os membros da equipe com reuniões periódicas.

Nesse grupo, entra um item interessante, que é “promover ou colaborar no treinamento dos demais funcionários de nível técnico ou de suporte” visando: modificar a visão estigmatizante do portador de transtorno mental, valorizar o acompanhamento na comunidade, contrapor a dicotomia entre saúde física e mental e instrumentalizá-los, para melhor compreensão dos aspectos emocionais de todo paciente e para identificar situações de risco, que exigem rápido encaminhamento para a equipe de saúde mental.

Grupo III: ações de assistência em saúde mental, com prioridade para os atendimentos grupais e breves, a serem realizados pela equipe de saúde mental ou desenvolvidas em conjunto com os demais profissionais da unidade, além de atendimento a familiares do portador de transtorno mental.

Com relação ao acompanhamento psiquiátrico a longo prazo, a “*Cartilha*” é bem específica: o seguimento grupal ou individual a pacientes neuróticos ou

psicóticos crônicos, cujo tratamento básico é o controle medicamentoso, só deve ser feito quando não houver um ambulatório de saúde mental próximo da residência do paciente ou quando não houver condições (psicodinâmicas, biológicas ou sociais) de oferecer outras intervenções que não o medicamento.

Na cartilha não há restrição quanto aos diagnósticos a serem atendidos na UBS e sim à duração do tratamento, que deve ser breve (até 12 meses).

CAPS

De acordo com o documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, embora os CAPS sejam considerados dispositivos estratégicos para a efetiva reorientação da atenção à saúde mental, “é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.” (Brasil, 2004)

Nesse documento, em momento algum, são descritas atividades exclusivas do médico psiquiatra e o que podemos supor, a partir da sua leitura, é que o psiquiatra (ou o médico com formação em saúde mental) seria responsável pela prescrição de medicamentos e pela participação nas atividades descritas como sendo atribuições da equipe do CAPS. Em relação à APS, as atividades descritas são:

a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;

b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;

c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

O fato de não haver qualquer distinção a respeito das atribuições que seriam de responsabilidade de cada categoria profissional, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação de horizontalidade entre os membros da equipe, pode gerar dificuldade para esclarecer os papéis de cada profissional.

NASF

Em 2009, deu-se a publicação das “Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)”, feita pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica.

Esse material reforça a diretriz do apoio matricial:

> *“o processo de trabalho dos profissionais do Nasf deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, organizando e estruturando espaços de: (a) atendimento compartilhado; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; e (c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.’*

Assim como o “Manual do CAPS”, também não são descritas atividades a serem exclusivamente realizadas pelo médico psiquiatra. Portanto, enquanto integrante da equipe do NASF, o psiquiatra teria a responsabilidade de implantar as seguintes ações estratégicas:

> *“1. Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Ressalta-se que deve haver a articulação entre as equipes de Nasf e Saúde da Família com as equipes de Caps para um trabalho integrado e apoio do Caps nos casos necessários. As equipes de SF devem identificar os casos de saúde mental e, em conjunto com os Nasf e/ou Caps (a depender dos recursos existentes no território), elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado;*
>
> *2. Em relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos, inclusive com a integração de redutores, onde houver. Da mesma forma, realizar detecção precoce de casos que necessitem de atenção e utilizar as técnicas de intervenção breve para a redução do consumo;*
>
> *3. Possibilitar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental;*
>
> *4. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;*
>
> *5. Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho;*
>
> *6. Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;*
>
> *7. Estimular a mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.);*

> *8. Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (identificação, cadastramento, registro de casos de transtornos mentais, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores)".*

Analisando as diretrizes, percebemos que o primeiro documento reflete uma solidez maior da proposta para a incorporação da atenção à saúde mental na APS.

Nessa proposta, observamos que é dada grande importância a presença do psiquiatra na UBS, que participa ativamente da assistência, da mesma maneira que os demais profissionais. É na longitudinalidade do trabalho que sua abordagem vai sendo construída, porém com direcionamento específico sobre como organizar as ações de saúde pelas quais é responsável.

Também fica claro que suas ações são direcionadas para a assistência, -mais especificamente em grupo-, apoio aos demais profissionais do serviço e articulação da rede de saúde mental, coordenando e facilitando as ações de cuidado em saúde mental, em todos os níveis de atenção.

Além disso, a proposta parece realmente responsabilizar a equipe de saúde mental, que deverá estar disponível para atender à população do território, inclusive em situações agudas, como um surto psicótico, por exemplo.

Para que essas ações sejam desenvolvidas, o psiquiatra será responsável pelo mesmo território da unidade onde está inserido, podendo atender pacientes que residem em locais que não possuam recursos de atenção à saúde mental.

Portanto, também podemos dizer que, proporcionalmente, previa-se um número maior de profissionais da saúde mental para determinado território do que atualmente, onde a equipe de saúde mental deve se dedicar a um número maior de UBS, ou seja, a um número maior de territórios.

É curioso notar que o documento do CAPS introduz o conceito do matriciamento, porém não menciona como seria a articulação e a responsabilidade das equipes dos CAPS e das equipes de saúde mental, que já operavam na APS.

Na proposta do CAPS, apesar de ter sido inaugurado o conceito do apoio matricial e apesar de afirmar que a rede básica de saúde é o lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais, fica difícil saber como se dará a "regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área", já que regular a porta de entrada no sistema de saúde é função da APS.

O documento do NASF evidencia que é esperado dos profissionais o apoio

às ESF e a articulação dos recursos e serviços da rede, não mencionando também os profissionais de saúde mental da APS.

Na trajetória dessas diretrizes, percebemos que o psiquiatra vai sendo deslocado para outra posição na APS. Do interior da UBS ele termina fazendo parte de uma equipe, responsável pelo apoio matricial de no mínimo 8 ESF, localizadas em mais de uma unidade.

Na medida em que ocorre esse deslocamento, nos parece que seu papel de realizar o matriciamento vai ficando mais definido, o que fica claro nas diretrizes do NASF.

Além disso, esse deslocamento vai gerando uma importante lacuna na atenção à saúde mental, que é a assistência longitudinal e contínua de portadores de transtornos mentais, que se realiza nas UBS.

1.6 Saúde mental no Estado de São Paulo: trajetória de uma política de saúde

Para Mateus (2009), o sistema de saúde mental no Brasil apoia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica, resultando em modelos assistenciais diversos coexistindo, interagindo e por vezes gerando contradições e falta de clareza no planejamento da política de saúde mental.

Os projetos de reforma psiquiátrica têm ocorrido de maneira heterogênea por todo o país e as práticas têm sido executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental (Hirdes, 2009).

No contexto do presente estudo, faremos uma breve descrição de como ocorreu a incorporação do psiquiatra em serviços de APS, no Estado de São Paulo, com reflexos no cenário atual.

A atuação do psiquiatra na APS, no Estado de São Paulo, tem início no final da década de 1960, como um dos reflexos do que se chamou “reforma Leser” - reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) – que, entre outras medidas, investiu, ampliou e deu novas funções assistenciais aos Centros de Saúde, diversificando e ampliando a cobertura da assistência médica da população (Nemes, 1990).

A partir dessa reforma da SESSP, além da ampliação de Centros de Saúde, particularmente na Grande São Paulo, também foram implementados processos

administrativos e gerenciais, tendo como referência o planejamento em saúde, na perspectiva da intervenção nos problemas sanitários expressos nos coletivos humanos (Nemes, 1990).

A incorporação da figura do psiquiatra na APS se deu pela via da programação em saúde, que consiste numa forma organizada de operar os processos de trabalhos, para dar conta das dimensões individuais da atenção à saúde, articulando com a dimensão coletiva do processo saúde-doença. As ideias que moldaram o projeto da programação em saúde originaram-se de duas vertentes de pensamento sobre os serviços de saúde: a medicina comunitária e o planejamento em saúde (Nemes, 1990).

Em 1976, é formulado um documento que estabelece o modo de integração entre as áreas técnicas de programação em saúde e do programa de saúde mental da SESSP, no sentido de criar um subprograma de saúde mental cujos objetivos gerais são a redução dos riscos de morbidade psiquiátrica e a elevação dos níveis de saúde mental (Giordano e Pereira, 1990).

Segundo Giordano e Pereira (1990), o documento reformula radicalmente as propostas de ação até então estabelecidas, pois, ao atribuir às áreas técnicas da programação em saúde o estabelecimento do subprograma com suas normas e diretrizes, 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 aqueles que apresentam algum grau de sofrimento psíquico (Pereira et al, 2008).

A ideia de uma atenção multiprofissional e multidisciplinar para um objeto teoricamente compreendido como sofrimento de natureza biopsicossocial e composto, na prática, por pessoas com uma vasta multiplicidade de problemas mentais, transforma, conceitualmente, a atenção psiquiátrica em atenção à saúde mental.

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 preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e nos movimentos de reforma psiquiátrica americano ou europeu, a afirmação da saúde mental como conceito norteador das práticas e implantação de equipes multiprofissionais diretamente nas unidades básicas, como estratégia de integração da saúde mental na saúde pública (Antunes, 1998).

Nesse processo de organização do campo da saúde mental e sua incorporação na Atenção Básica, no Estado de São Paulo, entre 1983 e 1985, ocorre um aumento exponencial na implantação de ambulatórios de saúde mental e um decréscimo progressivo do número de leitos psiquiátricos, reflexo da implantação de uma nova Política de Assistência em Saúde Mental. (Mangia, 2000; Luzio e L'Abatte, 2006).

Nesse contexto são implementadas equipes mínimas de saúde mental – compostas por um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social – em, praticamente, todos os Centros de Saúde e amplia-se a rede ambulatorial (Pereira et al, 2008).

Com a publicação, em 1983, da “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Ambulatórios de Saúde Mental (ASM)”, conhecida como “*a Cartilha*”, a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) define “as boas práticas de cuidados” nesses novos espaços. “*A Cartilha*” orientava que as ações de saúde mental nos Centros de Saúde deveriam se articular com os Programas de Saúde da unidade e estarem mais voltadas à comunidade (SESSP, 1983).

Nessa publicação são traçadas diretrizes que procuram organizar centralmente as atividades, porém, sem um detalhamento e mapeamento de todas as ações, seja pela dificuldade de padronizar ações terapêuticas pela heterogeneidade das capacitações de cada técnico (Antunes, 1998), 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 e Pereira, 1990).

Para Antunes (1998), ao levar sua equipe mínima paras as UBS, a saúde mental paulista leva as certezas e dúvidas que foram as formadoras desse campo. Aliando-se à APS, a saúde mental se oferece como assistência médico-psicológica, dentro de princípios norteadores que fundem pressupostos epidemiológicos,

preceitos psicoterápicos e psiquiátricos, com inspiração ética antiasilar.

Como exemplo dessa orientação, destaca-se na cidade de São Paulo o “Projeto Zona Norte”, parceria entre o Governo Estadual e Municipal que possibilitou a implantação de um modelo de atenção centrado na rede básica de saúde, operando novas práticas em saúde mental (Nascimento, 1997).

Em 1986, num balanço da situação da atenção à saúde mental no Estado, a Coordenação de Saúde Mental divulga, entre outros dados, a existência de 24 UBS com equipe completa de saúde mental e mais 30 com psicólogo e assistente social (SESSP, 1986).

No final da década de 80, surge no município de São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, tornando-se um marco na proposta de serviços substitutivos ao tratamento quase exclusivamente hospitalar (Luzio e L’Abbate, 2006; Nascimento e Galvanese, 2009).

No início da década de 1990, um novo modelo de atenção à saúde mental foi implantado na cidade. O cuidado aos pacientes com transtornos mentais graves seria oferecido preferencialmente em hospitais-dia, durante os períodos de crise e em ambulatórios na fase mais estável (Nascimento e Galvanese, 2009).

As atividades direcionadas à reabilitação psicossocial teriam como local privilegiado os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO), pautados por linhas de ações, inclusive intersetoriais, que pretendiam combater a cultura manicomial e propunham inserir o usuário, sua família e pessoas da comunidade em suas atividades , com ações de promoção à saúde (Galletti, 2007). Apesar de ser um recurso com muito potencial na rede de atenção, atualmente há apenas vinte e dois CECCOs, no município de São Paulo (SMSSP, 2011).

A partir de 2002, já no contexto da implantação do SUS na cidade de São Paulo, houve a expansão do número de CAPS. Todavia, percebe-se hoje uma heterogeneidade nos modelos de atenção à saúde mental oferecidos pelos CAPS nesse município, bem como diferenças entre eles no que diz respeito à articulação com a APS (Nascimento e Galvanese, 2009).

Em 2008, ocorre a implementaçao do NASF. No entanto, por ser um processo recente, carece de estudos a respeito desta estratégia (Mateus, 2009).

Podemos concluir que a experiência paulista de saúde mental em APS traz a equipe multiprofissional para os cuidados de primeira linha, gerando questionamentos às próprias concepções de APS e despertando para a questão da

especificidade das ações em saúde mental, nesse nível de atenção (Antunes, 1998).

Atualmente, o que observamos é uma opção política, que parece estar em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, de incorporar o médico psiquiatra na APS, porém localizando-o num local outro, que não nos equipamentos de APS, e sim numa posição “satélite”, como nos NASF.

Portanto, é necessário estudar as transformações, possibilidades e limites que vão se impondo aos processos de trabalho desse profissional, em sua atuação nos espaços intercessores da APS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho do médico psiquiatra que atua na atenção primária à saúde, no contexto atual da organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde mental, que se articulam diretamente com a APS no município de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as percepções do psiquiatra a respeito de seu processo de trabalho e APS.
- Identificar possíveis dificuldades e potencialidades a respeito da atuação do psiquiatra na APS.
- Promover uma reflexão a respeito das atribuições do psiquiatra na APS.
- Identificar limites e possibilidades dos processos de trabalho do psiquiatra, em relação aos modelos tecnoassistenciais - CAPS, UBS e NASF.

3. METODOLOGIA

No campo da construção do conhecimento da realidade e também na interpretação das relações entre medicina e sociedade, a teoria mais influente é a chamada Sociologia Compreensiva, que privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que significado e intencionalidade são conceitos distintos dos fenômenos naturais (Minayo, 2007).

Para a proposta dessa investigação a abordagem qualitativa é a que mais responde às questões apresentadas.

3.1 Categorias analíticas

A fim de responder às nossas questões, elegemos as seguintes categorias analíticas: a organização tecnológica e o processo de trabalho.

3.2 Organização tecnológica

O olhar para a organização dos processos de trabalho em saúde, tem como referência fundamental as contribuições teórico-conceituais de Mendes-Gonçalves (1994), que trouxeram para esse campo de análise os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais”, para o conhecimento técnico usado na produção das práticas de (da) saúde.

O termo “tecnologia”, de acordo com Mendes-Gonçalves (1994) é descrito como “(...) 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”.

A saúde mental vem sendo um espaço, por excelência, para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração interprofissional, e, sobretudo, geradora de novos modelos de atenção e funcionamento institucional (Onocko-Campos, 2003; Campos, 2000; Furtado, 2001).

Franco e Merhy (2003) levam em conta, além dos instrumentos e do conhecimento técnico, o campo das relações, partindo do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre relacional, na medida em que depende de Trabalho Vivo em ato, ou seja, trabalho no momento em que este está sendo produzido.

Os autores consideram que as relações podem assumir um caráter sumário e burocrático, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, gerando inúmeros procedimentos e configurando um modelo orientado pelo saber médico hegemônico.

Por outro lado, descrevem as relações intercessoras no trabalho vivo em ato, ou seja, relações produtoras de algo que só é possível no encontro e na relação entre os sujeitos, no processo de cuidado à saúde (Merhy, 2002).

Assim, introduzem o conceito de “tecnologias leves”, com caráter relacional, consistindo na forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, “tecnologias duras”, consistindo nos instrumentos, e as “tecnologias leve-duras”, que seria o conhecimento técnico de cada profissional, somado ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 1997).

Partindo desses princípios, inferem que o profissional de saúde ao realizar o cuidado na micropolítica de seu espaço de trabalho, opera com um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” e “Trabalho Vivo”.

O uso que o trabalhador faz desses componentes acaba se refletindo no processo de trabalho.

Quando favorável ao Trabalho Morto, utiliza preferencialmente, tecnologias duras e gera, principalmente, os procedimentos. Quando favorável ao “Trabalho Vivo”, gera produção de cuidado a partir das abordagens relacionais, que constituem as tecnologias leves.

Merhy (1999) propõe uma divisão esquemática do conjunto das ações de saúde que operam em um terreno de base tensional em três campos: o território das práticas de saúde, como um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, para afirmar a saúde (aqui considerada um bem social), como objeto de ação intencional de políticas, que lhe faça sentido, enquanto parte de seu universo de valores de uso (Campos, 1991). Esse território, enquanto cenário de atuação dos usuários dos serviços de saúde, de trabalhadores e mesmo dos

governantes e sua tecnoburocracia, compõe uma base tensional e orgânica do jogo de interesses, que dá direcionalidade para as políticas de saúde, e será sempre um questionador em potência, dos arranjos instituídos, operando no cotidiano das práticas.

O campo da saúde mental é um terreno muito fértil nesse sentido. Para Onocko Campos e Furtado (2005), a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil se insere além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Por se tratar de uma profunda alteração da resposta social à loucura, implica mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação.

O campo da micropolítica do processo produtivo, cuja marca central é entendida como um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza, é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (Merhy, 1997). A centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, permite a ação de dispositivos que funcionam como disparadores de novas subjetividades e novos modos de agir em saúde (Franco et al, 1998).

Para Onocko Campos e Furtado (2005), reside aqui um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos atores que a realizam no contato direto com o usuário.

Em outras palavras, as tecnologias usadas no cuidado à saúde, dentro da micropolítica do trabalho em saúde mental, traduzem os princípios da reforma psiquiátrica?

O campo das próprias organizações de saúde é um território tensional em si, na medida em que se constitui num espaço de intervenção de sujeitos coletivos, inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional (Merhy, 1999).

Portanto, partindo do fato de que todos podem exercer os seus trabalhos vivos em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e dar sentido aos seus agires, é natural e esperado que haja uma tensão entre autonomia e controle, interferindo na produção de certo modelo tecno-assistencial (Merhy, 1999).

Para Franco (1998), o trabalho em saúde mental é fortemente marcado pela liberdade, pois, nesse campo, é o sujeito do trabalho quem define o modo de organização do seu processo produtivo, isto é, a produção do cuidado, que acontece conforme sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado em saúde. Por outras palavras, a produção do cuidado acontece de acordo com as verdades constituídas do próprio trabalhador, podendo resultar num “cuidado-cuidador” ou num cuidar de forma sumária e prescritiva.

Segundo Franco (1998), a dinâmica do trabalho em saúde mental parece paradoxal, na medida em que a liberdade de agir se manifesta ao mesmo tempo em que operam as formas de captura do trabalho vivo (normas, portarias, protocolos, etc).

Costa-Rosa (2000) considera que as práticas em saúde mental são orientadas por dois tipos de racionalidade: a político-ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis, em sua interrelação, mas distintas, em suas especificidades.

Nesse sentido, propõe a designação de dois modos básicos das práticas em saúde mental, tal como se apresentam no contexto atual: práticas do modo asilar e práticas do modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000).

Para Onocko Campos e Furtado (2005), a tendência inicial é que os trabalhadores de saúde mental reproduzam em suas práticas o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos, fazendo com que o risco da burocratização e alienação do objeto e do objetivo de trabalho seja maior entre eles.

Quando pensamos na organização tecnológica na qual se insere o médico psiquiatra na APS, necessário se faz analisar a operacionalidade e a lógica que se viabiliza, particularmente quando se constata sua atuação na APS, a partir da UBS, do CAPS e do NASF.

3.3 Processo de trabalho

O debate sobre a dimensão tecnoassistencial, definida pelo perfil tecnológico que opera nos processos de trabalho, foi inaugurado por Donnangelo (1976) e desenvolvido sob outro ângulo por Luz (1979).

Estudar as práticas no campo da saúde e da doença pelo referencial da organização do trabalho possibilita a apreensão dos seus pólos técnico e social, com referências à sua historicidade.

Nesse sentido, Mendes-Gonçalves (1994) afirma que “(...) todo trabalho é imediatamente social, ainda que não se dê a consciência psicológica imediata disso. Por serem variáveis, e só compreensíveis em seu conjunto as relações entre os homens através de seus trabalhos, a prática humana do trabalho é sempre e imediatamente histórica”.

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 necessidades de outros sujeitos, numa determinada realidade que contém e interage com as relações sociais destes sujeitos, realidade essa que está em constante movimento.

Para proceder à apreensão do objeto de trabalho, o agente do trabalho médico opera com um saber que consiste em generalizações conscientes e estruturadas, obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas.

Nessa perspectiva conceitual, podemos nos aproximar do objeto de nosso estudo,pela análise dos vários momentos do processo de trabalho, que serão considerados elementos constitutivos desse processo, a saber:

1) Apreensão do objeto de trabalho: considera quais questões o psiquiatra realmente toma como relevantes para exercer sua intervenção.

2) Ação dos agentes do trabalho: considera o desempenho do psiquiatra em relação aos conteúdos previstos para seus postos de trabalho e sua compreensão acerca das dimensões individual e coletiva do trabalho.

3) Instrumentos do trabalho: considera a utilização e adequação dos mesmos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho, sua relação com a ação dos agentes e seu papel na interação serviço-usuário.

4) Produtos do trabalho: considera, primeiramente, os resultados atribuíveis às ações e apreensíveis nos usuários e na população-alvo; depois, a interação estabelecida entre serviço e usuário; por fim, a constituição e reconstituição das demandas em saúde, referidas aos usuários e à população.

No campo da saúde mental, a apreensão do objeto de trabalho e suas relações com as tecnologias empregadas pelos psiquiatras em seu processo de trabalho, podem diferir nas três principais inserções desse profissional com relação ao campo da APS: UBS, CAPS e NASF.

3.4 Considerações Éticas

O presente trabalho foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1), sob o número 167/10 e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Anexo 2), sob o número: 280/10.

Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5).

3.5 Campo da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada na 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 facilidade da aceitação da articulação com a Coordenadoria de Saúde Norte se deveu ao fato de a Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo (ISCMSP) ser referência assistencial da região. Além disso, a presença de serviços que respondem às tipologias de análise desse trabalho, fez com que a pesquisa fosse realizada no local.

A fim de obter a referida autorização para a pesquisa, foram feitos contatos telefônicos com os responsáveis pela coordenação de saúde mental da região Norte, que permitiram que a pesquisadora realizasse duas visitas, a fim de apresentar o projeto, explicar a intenção do estudo e solicitar a indicação de nomes de psiquiatras que se enquadrassem nos critérios abaixo descritos:

3.5.1 Tipologias de organizações tecnológicas

1) Unidade Básica de Saúde (UBS)

Critérios para eleição da unidade: UBS organizada de acordo com o modelo da programação em saúde, onde existam os programas de saúde da criança, mulher e adulto, além de uma equipe mínima de saúde mental (psiquiatra e psicólogo).

Critérios para eleição do médico psiquiatra: Médico psiquiatra com um período mínimo de três anos de atuação na unidade, cuja atuação não seja, exclusivamente, o atendimento médico individual, mas compreenda também a realização de outras modalidades de atendimento, além de realizar atividades de

articulação com outros profissionais da unidade.

2) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Critérios para eleição da unidade: CAPS que esteja em funcionamento há pelo menos dez anos.

Critérios para eleição do médico psiquiatra: médico psiquiatra, com período mínimo de atuação na unidade de três anos e que, uma de suas atribuições seja a de realizar apoio matricial a equipes de saúde da família, de pelo menos uma UBS do território.

3) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Critérios para eleição da unidade e médico psiquiatra: NASF que tenha um psiquiatra com período mínimo de atuação de um ano e que realize o apoio matricial de, no mínimo oito e, no máximo, vinte equipes de saúde da família.

Concluída essa etapa, a pesquisadora manteve-se em contato telefônico com o responsável, a fim de obter o contato dos três psiquiatras.

É necessário relatar que foram encontradas dificuldades para selecionar um psiquiatra do CAPS que realizasse, de maneira formal, o apoio matricial para alguma UBS de seu território, assim como houve dificuldade de encontrar um psiquiatra que não realizasse, exclusivamente, consultas médicas individuais, em seu trabalho na UBS.

Com essas informações em mãos, a pesquisadora iniciou os contatos telefônicos com os psiquiatras, a fim de realizar uma breve apresentação do projeto de pesquisa e conseguir um encontro pessoal, para se apresentar e explicar mais detalhadamente do que tratava a pesquisa e no que consistiria a participação desses sujeitos.

3.6 Campo – procedimentos empíricos

Foram realizados encontros entre a pesquisadora e os psiquiatras da UBS, do CAPS e do NASF, em seus respectivos locais de trabalho, com a apresentação do projeto a esses profissionais, à direção do serviço e aos demais profissionais da equipe de trabalho dos psiquiatras.

Após isso, foram agendadas as entrevistas e os dias em que ocorreriam as

observações.

3.6.1 Procedimentos empregados

1) Pesquisa de documentos oficiais, onde se encontravam diretrizes para a atuação do psiquiatra na APS.

2) Entrevista semi-estruturada realizada com os três psiquiatras escolhidos de cada unidade de análise acima descrita. As entrevistas foram direcionadas a partir de um roteiro (Anexo 3), foram gravadas em áudio e transcritas. Tiveram duração de 1h13 (CAPS), 1h20 (NASF) e 1h17 (UBS).

3) Observação participante. No presente estudo, assume-se a posição do observador descrita por Minayo (2007) “observador-como-participante”, que costuma ser utilizada como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os sujeitos, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa.

Para esse procedimento, foram eleitos “dias típicos” de trabalho do psiquiatra em sua unidade, para observar atendimentos individuais prestados pelos psiquiatras e atividades que expressem articulação entre os psiquiatras e outros profissionais da unidade e/ou outros serviços da rede (reuniões multiprofissionais, discussões de caso, atendimento compartilhado, visita domiciliar, entre outros). As observações foram guiadas por um roteiro (Anexo 4) e registradas em um “diário de campo”.

Foram realizados quatro períodos de observação, com duração de cerca de quatro horas por período, para cada profissional em suas atividades.

As atividades observadas foram:

UBS: atendimentos individuais, reunião de equipe com outros profissionais do serviço (auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional e psicóloga) e realização de grupo na unidade.

CAPS: atendimentos individuais, discussões de casos no cotidiano (informais) entre a psiquiatra e outros profissionais do CAPS (gerente do CAPS, terapeuta ocupacional, auxiliar técnica) e realização de grupo de atividades manuais.

NASF: atendimento compartilhado com médico do Programa de Saúde da Família (PSF), reunião com a Equipe de Saúde da Família (ESF), discussões informais entre membros da equipe do NASF, ação de articulação com equipamento de saúde da rede (CAPS infantil).

3.7 Análise dos dados

A análise do material colhido pelos procedimentos empíricos foi realizada utilizando-se as técnicas da “análise de conteúdo” e, dentro das modalidades de análise de conteúdo, foi escolhida a “análise temática”, considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (Bardin, 1977; Minayo, 2000).

Minayo (2000) divide a análise dos dados em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, etapa na qual também acontece a interpretação dos dados.

Na pré-análise, foi realizada uma “leitura flutuante” do conjunto de comunicações, com a finalidade de impregnar o conteúdo na pesquisadora, que nessa etapa concentrou-se na dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.

Verificou-se também a “constituição do corpus”, no sentido de responder às seguintes normas de validade qualitativa, a saber: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência: certificação de que o material contemplou todos os aspectos levantados no roteiro, englobou as características essenciais ao universo pretendido, obedeceu a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e atributos dos interlocutores, mostrando-se adequados para dar respostas aos objetivos do trabalho (Minayo, 2000).

A partir disso, pudemos determinar as unidades de registro (temas obtidos mediante a decomposição do conjunto da mensagem, através dos quais tiramos conclusões) e as unidades de contexto, que consistiria na delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro. Assim, obtivemos os núcleos de significados mais recorrentes no material analisado.

Numa segunda etapa, foi realizada a categorização desse material, que consiste numa operação classificatória a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto pela formulação de categorias, que se referem a um conceito que abrange elementos ou aspectos comuns ou que se relacionam entre si.

Consideramos as seguintes categorias:

- Percepção sobre o trabalho no território
- Processo de trabalho
- Dificuldades encontradas no trabalho na APS
- Formação para atuar na APS

- Apoio matricial

Na terceira etapa, analisamos os resultados propondo inferências e realizando interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico considerado inicialmente e com novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar e discutir os resultados encontrados, inicialmente faremos uma contextualização das organizações tecnológicas pesquisadas, UBS, CAPS e NASF, apreendida durante as observações dessas unidades como também, durante as entrevistas realizadas com os profissionais em seus respectivos lugares de trabalho.

Posteriormente, discutiremos a organização e o processo de trabalho dos psiquiatras entrevistados.

Além das categorias analíticas que nortearam a metodologia dessa pesquisa - organização tecnológica e processo de trabalho - utilizaremos algumas subcategorias consideradas no desenvolvimento da pesquisa, facilitando, assim, a sequência da apresentação e discussão dos resultados, a saber:

- Matriciamento
- Percepção sobre o papel do psiquiatra na APS
- Formação para atuar na APS

4.1 Contextualização

4.1.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)

Foi entrevistada uma médica psiquiatra, com 25 anos de formação na área, que já trabalhou como psiquiatra e gerente em Hospital Dia, UBS e NASF. Trabalha na UBS há 8 anos e também em consultório próprio.

A UBS incluída nessa pesquisa localiza-se no Distrito de Vila Brasilândia, Zona Norte da cidade de São Paulo e tem uma cobertura populacional de 35.000 habitantes.

A maioria da população vive em precárias condições quanto à moradia e subsistência, com grande número de favelas e desemprego. As questões relacionadas à violência urbana e ao tráfico de drogas fazem parte do cotidiano da

população, gerando e agravando muitas queixas em Saúde Mental (Fenerich e Bornschlegell, 2008).

A unidade conta com os seguintes profissionais: nutricionista, dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, psiquiatra, ginecologista, clinico geral, pediatra, dermatologista, oftalmologista e assistente social.

A equipe da saúde mental da unidade participa de reuniões mensais com outros profissionais de saúde mental do Distrito, para formulação de projetos coletivos no território.

Com relação ao atendimento psiquiátrico, ele se limita à população de abrangência da unidade. Atualmente, é feito o acompanhamento de 600 pessoas.

Fazem parte da equipe de saúde mental: uma psiquiatra, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem.

A psiquiatra tem uma carga horária de trabalho de 20 horas semanais. Essa carga horária é ocupada, predominantemente, por atendimentos psiquiátricos individuais, que se organizam com outras atividades: reunião semanal com a equipe de saúde mental, coordenação de um grupo de conversa, aberto para os pacientes da saúde mental, que ocorre semanalmente e visitas domiciliares, quando necessário.

O agendamento dos pacientes não é feito pela psiquiatra e sim na recepção da UBS, de acordo com o pedido de retorno da mesma. Muitas vezes, não há vagas para o retorno no período solicitado pela psiquiatra e nesse caso são feitos “encaixes”. O número máximo de pacientes agendados é 12.

Uma das dificuldades observadas é a falta de salas para atendimento. A psiquiatra não tem uma sala fixa. Portanto, antes de começar a atender, tem que procurar uma sala que esteja vaga, além de, durante o atendimento, ter que se deslocar para outra sala, caso aquela que está usando vá ser utilizada para outros fins, previamente determinados pela gerência da Unidade.

4.1.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Foi entrevistada uma médica psiquiatra, com 40 anos de formação na área. Já trabalhou em hospital psiquiátrico, ambulatório de saúde mental, hospital dia e CAPS, como psiquiatra e como gerente. Atualmente, trabalha em 2 CAPS. Atua há 9 anos no CAPS onde ocorreu esta pesquisa.

O CAPS localiza-se no Distrito Administrativo de Pirituba-Jaraguá, na Zona Norte da cidade de São Paulo, sendo referência para uma população de aproximadamente 221.000 habitantes.

Desde 2000, é organizado para realizar procedimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos, de acordo com a Portaria Ministerial 336, de 2002.

Realiza atividades artesanais, educacionais e terapêuticas e tem parcerias com CECCOs, com a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente, Estação Especial da Lapa, Secretaria de Estado da Cultura, Clube da Cidade e a ONG Copa da Inclusão.

Os atendimentos consistem em: acolhimento, plantão técnico, plantão social, terapias corporais, grupo operativo, grupo de egressos de hospitais psiquiátricos, oficinas terapêuticas, dispensação de medicações e atividades físicas.

A psiquiatra tem uma carga horária de trabalho de 20 horas semanais, utilizadas, predominantemente, por atendimentos psiquiátricos individuais. Participa de um grupo de atividades manuais que ocorre semanalmente e de um fórum de saúde mental realizado mensalmente com profissionais de saúde mental da região Norte. As discussões de caso são realizadas informalmente, durante o cotidiano, nos momentos de chegada e saída da psiquiatra numa sala onde ficam os profissionais do CAPS.

Atualmente, o CAPS atende 440 pacientes, dos quais se pretende transferir 171 para acompanhamento com psiquiatras das UBS da região. A justificativa é que esses pacientes apresentariam agravos como “depressão” e/ou transtornos mentais mais graves, como transtorno bipolar, por exemplo, porém estáveis, que poderiam ser acompanhados na UBS. O CAPS se comprometeria a atendê-los de seis em seis meses.

A psiquiatra também não tem uma sala fixa, precisando procurar uma que esteja vaga, bem como impressos que serão utilizados durante o atendimento. Após o período de atendimento, a psiquiatra realiza preenchimento de APACs e formulários para dispensação de medicação de alto custo.

4.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O medico psiquiatra entrevistado tem 7 anos de formação como psiquiatra. Trabalhou em pronto socorro, enfermaria de psiquiatria em hospital geral, hospital

psiquiátrico, hospital geral, UBS, CAPS e policlínica privada.

Atualmente, trabalha em consultório próprio e no NASF. Está no NASF há 1 ano e 4 meses.

A carga horária realizada no NASF é de 20 horas semanais, para a realização do apoio de 14 ESF, localizadas em 3 UBS, com programação do aumento do número das equipes a serem apoiadas, de 14 para 20 equipes, distribuídas entre 4 UBS.

Com relação à disponibilidade de salas, em nenhuma das três UBS visitadas há sala disponível para a equipe do NASF. Caso os membros da equipe não estejam realizando nenhuma atividade com as equipes de referência, acabam ocupando algum espaço que esteja disponível, como a copa ou até mesmo o estacionamento da unidade.

Em um dos dias de observação, uma das atividades do psiquiatra foi o preenchimento de planilhas de produtividade e comprovantes de comparecimento na UBS em questão. Todos os dias os profissionais do NASF preenchem um comprovante, onde dizem o horário de chegada e saída na unidade, bem como quais atividades realizaram e colhem a assinatura da gerência. Embora a exigência seja o preenchimento diário, os profissionais costumam deixar para fazê-lo no final do mês.

4.2 As entrevistas

4.2.1 Organização tecnológica

Com relação ao acesso dos pacientes aos profissionais, verificamos que não é feito de maneira direta, havendo sempre uma “pré-seleção”, realizada por outros profissionais de saúde, no caso da UBS e do CAPS

Tanto no CAPS como na UBS, são realizados plantões e acolhimento por profissionais não médicos.

Nesses espaços, são recebidos os pacientes encaminhados por outros serviços da rede, aqueles que vêm por demanda espontânea e os que já são atendidos pelo programa de saúde mental e que, eventualmente, procuram o serviço para solicitarem laudos, receitas ou agendamentos.

Os profissionais que realizam o plantão e o acolhimento direcionam os pacientes para outros serviços da rede, fazem “encaixes” na agenda dos psiquiatras

e marcam consultas. Quando julgam necessário, recorrem ao profissional para discutirem os casos ou solicitarem que sejam feitos laudos, receitas, ou “encaixes”, por exemplo.

Embora a equipe se organize para que o acesso dos pacientes às psiquiatras não ocorra de maneira direta, no cotidiano observa-se que muitos pacientes ou familiares de pacientes acabam abordando as psiquiatras, seja pelos corredores do serviço, seja interrompendo o atendimento, com as mais variadas demandas: laudos, relatórios, receitas, dúvidas e/ou queixas relacionadas à medicação ou à doença, pedidos de consultas e/ou “encaixes”. Essas situações parecem ocorrer de maneira mais intensa na UBS.

Portanto, nota-se que, além das ações programadas, realizadas pelos psiquiatras da UBS e do CAPS, há constantes solicitações, seja dos pacientes, seja dos outros profissionais da equipe, causando interrupções frequentes em seu trabalho.

No caso da UBS e do CAPS, essa “pré-seleção” dos pacientes através do plantão ou acolhimento, é vista como algo muito positivo, na medida em que diminui a sobrecarga dos psiquiatras, evitando que esse profissional dedique seu tempo e trabalho a casos que não necessitam de atendimento psiquiátrico, que não têm o perfil para ser atendido naquele serviço ou ainda, àqueles pacientes que, embora sejam acompanhados pelas psiquiatras, não necessariamente precisam de atendimento psiquiátrico, quando procuram o serviço, podendo ter suas necessidades respondidas por outros profissionais da equipe.

> *“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)*

> *“Eu tenho uma facilidade aqui por que toda a vez que a lista está muito grande a enfermeira que trabalha comigo à tarde da uma auxiliada (...) pois elas vêem como está, se precisa realmente de uma consulta mais próxima, se pode aguardar (...) , para a gente não ficar muito sobrecarregada nesse atendimento”. (Psiquiatra do CAPS)*

> *“Faz plantão técnico que é o acolhimento diferenciado (...) que facilita demais. Isso para mim é um ganho muito grande dentro da saúde mental (...) ajuda muito na compreensão da situação do paciente, da pessoa”.(Psiquiatra do CAPS)*

No NASF os casos chegam através das ESF, que discutem com o próprio psiquiatra ou com outros profissionais da equipe do NASF.

Com relação a esse tipo de organização, tanto o psiquiatra do CAPS como do NASF apontaram dificuldades.

No NASF, esse acesso é visto como difícil, contribuindo para a percepção das ESF de que o apoio do NASF é insuficiente. É mencionado também uma dificuldade decorrente de outros profissionais discutirem os "casos psiquiátricos" e uma não uniformidade entre as equipes, que acaba refletindo na condução do caso:

> *"O usuário não tem acesso direto a nós (...). Tem uma dupla de referência, dois profissionais quaisquer do NASF vão à reunião com a equipe de saúde da família para fazer lá o apoio matricial, (...) às vezes, o nutricionista e o pediatra discutem o caso de psiquiatria ou pegam o caso de psiquiatria para me passar depois." (Psiquiatra do NASF)*

> *"Tudo depende de como aquela equipe específica funciona (...).Tem equipes (...) que a equipe inteira sabe do caso (...) tem equipes que chega por um (profissional) e o outro não sabe (...) e às vezes você marca o caso e o médico (da ESF) não sabe nem quem é o paciente". (Psiquiatra do NASF)*

> *"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 to falando só de discussão. Aí tem os agendamentos, tem as salas, tem as consultas, tudo é muito lento, moroso, enrolado". (Psiquiatra do NASF)*

No CAPS, a dificuldade apontada é com relação ao acesso de pacientes novos que não teriam perfil para serem acompanhados no serviço:

> *"Depende de quem avalia no plantão, por exemplo,(...) pessoas mais novas encaminham tudo para médico, aí a gente vê o que faz aqui. Xinga o novo: 'Pô, por que você me mandou esse paciente?'". (Psiquiatra do CAPS)*

Também relacionado ao acesso aos psiquiatras, percebemos algo fundamental, no sentido de otimizar o tempo e diminuir a demanda direcionada a esse profissional em seu cotidiano de trabalho, que é a construção de espaços que podem ser utilizados 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. (...) saber que ela esta cuidada no grupo, que é essa questão do projeto aberto [não centrado no psiquiatra]". (Psiquiatra da UBS)*

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

> *"Meu dia de trabalho é uma rotina meio agitada, tem que dar conta, tem aqui o atendimento de 12 pacientes num período menor de 4 horas, se eu agendo cinco pacientes de repente tem 10 aqui na porta". (Psiquiatra do CAPS)*

> *"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 ate mesmo da própria equipe, fica muito difícil de trabalhar". (Psiquiatra do NASF)*

> *"Eu decidi parar o grupo (...) porque era um redemoinho, era (...) acolhimento, também era intervenção em crise. E acabava o grupo com 20 pessoas (...), e daqui a pouco tinha mais 15 ali na porta". (Psiquiatra da UBS)*

Essa sobrecarga vem em decorrência de um déficit de serviços existentes e na dificuldade de definir o papel desses serviços, ou seja, a quem se destinam?

Isso contribui para a percepção 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)*

> *"Aí você pode falar que transtorno de personalidade não fica no CAPS, borderline não fica no CAPS,(...) mas aonde vai ficar? Vai mandar para rede? Tudo bem, agora eu tenho de ver para onde que vai". (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)*

> *"Tem muitos pacientes que realmente já poderiam estar em atendimento na UBS (...) a gente não dá conta dos ambulatoriais, dos antigos anteriores ao CAPS, dos que chegam,(...) e dos que, depois do intensivo, passam para o ambulatorial". (Psiquiatra do CAPS)*

> *"Então a gente ainda fica com uma demanda muito grande de ansiedade, de "poliqueixosos", depressões leves ... melhorou, mas ainda tem muito". (Psiquiatra do CAPS)*

Percebemos que, embora haja uma demanda muito grande por atendimentos psiquiátricos, ela pode ser aliviada na medida em que outros profissionais se responsabilizam pelo acompanhamento e/ou acolhimento desses pacientes.

Na medida em que a responsabilidade pelos “pacientes psiquiátricos” recai exclusivamente sobre o psiquiatra, esse profissional fica sobrecarregado, podendo optar por reduzir o número de pacientes atendidos, pois não consegue oferecer a mesma qualidade de atenção para um número cada vez maior de pacientes sob sua responsabilidade. Caso essa opção não seja possível, há o grande risco de uma diminuição na qualidade dos atendimentos, inversamente proporcional ao número de pacientes atendidos.

A seguinte fala ilustra esse conflito:

> *“[pessoas da equipe falam] ‘você está marcando extra demais, está sempre estourando sua agenda’ [a psiquiatra responde] ‘mas eu preciso ver o paciente, como que eu faço o projeto terapêutico?’”(Psiquiatra da UBS)*

Com relação às diretrizes que constam nos documentos oficiais, que determinariam as ações dos profissionais nas diferentes organizações tecnológicas, não são mencionadas pela psiquiatra da UBS e pouco mencionadas pelo psiquiatra do CAPS. Talvez por ser mais recente a implantação do NASF, as diretrizes são mencionadas com frequência.

Entre essas diretrizes do NASF, é percebido de maneira positiva o fato de que elas explicitam que o papel do psiquiatra não é realizar atendimentos, mas realizar seu trabalho através do apoio matricial, dando apoio às equipes da APS (BRASIL, 2009).

Essa diretriz respalda a atitude do psiquiatra ao oferecer resistência em receber os encaminhamentos indiscriminados.

> *“Está escrito, não tem o que falar ta aí [que a função do psiquiatra não é atender] e eu dou graças a Deus (...), dá para manter a posição de alguma forma menos desgastante” (Psiquiatra do NASF)*

Por outro lado, essas diretrizes ficam esvaziadas de sentido, pois há uma percepção de que os profissionais da saúde em geral (incluindo aí membros do próprio NASF), desconhecem o significado de determinados conceitos chave da

proposta, que diria o “que fazer”, mas não “o 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)*
> *“As diretrizes do NASF são cheias de palavras lindas e maravilhosas e que ninguém tem nem ideia do que significa, (...): tem projeto terapêutico singular, tem apoio matricial”. (Psiquiatra do NASF)*
>
> *“Tem gente que até hoje fala errado a sigla NASF, mas eu acho mesmo que é muito vago (....) É um monte de palavra difícil. Tá muito longe, isso não ajuda ninguém, falta capacitações para falar para as pessoas: ‘É isso que vocês vão 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:

> *“É assim: parece que o nosso trabalho todo neste trabalho, é trabalhar para poder trabalhar”. (Psiquiatra do NASF)*
>
> *“Eu quero atender, mas não tem onde atender, não tem sala (...) atendimento compartilhado: cadê o médico? O médico não vai. Você tem que ficar caçando médico (...), tem quem fazer grupo, você tem que implorar para equipe de família da saúde chamar os ACS, a população. Sabe, é o tempo todo muito desgaste”. (Psiquiatra do NASF)*
>
> *“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, as mesmas diretrizes não oferecem condições para que isso ocorra, como ilustra a fala acima.

No campo das diferentes organizações tecnológicas (UBS, CAPS e NASF), fica clara a expressão da capacidade que os sujeitos têm de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas pelo controle organizacional (Merhy, 1999).

> *“O ideal seria saírem daqui agendados [com os PQ das UBS] (...), mas como não tem essa oportunidade a gente tem feito isso [muitos atendimentos ambulatoriais]”. (Psiquiatra do CAPS)*
>
> *“Eu sei que hoje tem a política de saúde mental [do CAPS organizar a rede de saúde mental do território]. (...). Eu não considero muito viável não, a gente não tem muita perna não, a não ser que tenha uma equipe maior”. (Psiquiatra do CAPS)*

> *"E como, no fim das contas, não tem ninguém olhando o que a gente está fazendo, eles querem que você entregue um papelzinho falando que você fez, o que eles querem que você faça" (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"Eu desisti. Eu vou matriciar os colegas ou as equipes que quiserem matriciadas, a maioria não quer" (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"Cada um encontra uma estratégia de sobrevivência, (...), ou seja, cada um faz o que quer (...) a estratégia de sobrevivência que eu estou adotando hoje é assim: 'Tá bom, vamos marcar, esquece matriciamento' (...) Sei lá você enche sua agenda de paciente (...) pois afinal eu preciso produzir, trabalhar, é chato ficar sem fazer nada o dia inteiro". (Psiquiatra do NASF)*

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. No entanto, ao considerarmos o número mínimo de equipes, preconizado pelas diretrizes, ou seja, 8 equipes, percebemos que essas condições não melhoram muito, pois, apesar de possibilitar em média 2h30 para cada equipe por semana, nos perguntamos se é possível que o psiquiatra consiga viabilizar todas as atividades propostas para sua função.

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, na medida em que os membros do NASF não têm um lugar concreto nas UBS para exercerem 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 exige o preenchimento de planilhas, para fim de monitorização da 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)*
>
> *"Pronto isso foi o que eu fiz o dia inteiro: preencher papel, preencher produtividade (...). Ah mas você não vai atender paciente? Meu trabalho é preencher, dar dados para vocês. Não é atender a população, a equipe". (Psiquiatra do NASF)*

Esse tipo de instrumento não é aplicado no trabalho das psiquiatras do

CAPS e da UBS.

No CAPS, a monitorização da produtividade é realizada através do preenchimento de APAC (instrumento pelo qual se faz a remuneração dos procedimentos), tarefa que, como observado, preenche uma parcela do tempo da psiquiatra.

Esses aspectos organizativos da rede de atenção influem, determinam e refletem, em boa parte, a apreensão do objeto de trabalho do psiquiatra na APS.

4.2.2 Processo de trabalho

A realidade contemporânea traz muitos desafios, que se expressam nos territórios, pela complexidade e amplitude dos problemas que acabam chegando nos serviços da rede. Essa realidade provoca sentimentos de angústia e impotência nos profissionais da saúde (Oliveira e Furlan, 2008).

A atenção à saúde praticada 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 (...) para ver que ações que eles gostariam e esperariam da saúde mental. 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 de uma certa apreensão das necessidades de saúde, ancorado nos referenciais médico-científicos se fragiliza, quando se penetra na 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. (...) a criança vê o pai e a mãe trabalhando e ganhando super pouco. (...) Ele [a criança] diz: 'Vou estudar ou vou ser traficante?' (...) a hora que você pega a coisa já foi. 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 especificamente, o que fica é uma percepção de ter sido solicitado a assumir um papel impossível de cumprir, ou seja, tratar um sofrimento visto como um produto de uma situação social e, portanto, não tratável pela psiquiatria ou ainda, tomar uma posição que se polariza entre a atitude de "não fazer nada" e a atitude 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. Ele entendia a medicação como uma forma de tapar esse sofrimento com calmante".(Psiquiatra da UBS)*

Essa polarização coloca limites na atuação do psiquiatra, frente à situação em particular, como também na relação dentro da equipe de saúde da unidade, podendo haver conflitos:

> *"Eles ficaram decepcionados [as ESF] e eu também (...), mas na verdade é uma construção e tem a ver muito com(...)as expectativas deles (...).. Teve um momento de encontro, de olhar, mas viram que o NASF não ia ajudar em nada do que eles queriam". (Psiquiatra do NASF)*

> *"O cara está péssimo (...), usando droga, perdido, tá na rua, tá em crise.(...) aí discute o caso, (...),'Quanto tempo ele esta assim?' [pergunta o psiquiatra] 'Ah ta assim há dois anos e meio' [responde o ACS] ' Tá bom, vou atender ele no fim do mês, (...) que é quando tem vaga.' [responde o psiquiatra] 'Ah mas está muito longe' [queixa-se o ACS], mas você vê, o cara tá assim há mais de dois anos, que urgência é essa?". (Psiquiatra do NASF)*

Percebemos que a aproximação do objeto da saúde mental e as manifestações de sintomas que fogem da dimensão biológica do processo saúde-doença demandam do psiquiatra uma atuação não necessariamente específica, que, na sua visão, poderia ser respondida por 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? precisa ser psiquiatra?". (Psiquiatra da UBS)*

> *"O encaminhamento é indiscriminado, queixou muito, reclamou muito: ao psiquiatra, é o que se vê atualmente os médicos fazendo (...) muitos*

> *profissionais ou desconhecem ou temem muito as questões de saúde mental". (Psiquiatra do CAPS)*

Pode haver um conflito, gerado pelas demandas trazidas pelas equipe da APS ao se depararem com situações complexas e 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.

Essas novas práticas exigidas não correspondem à polarização entre as atitudes de "não fazer nada" ou medicalizar uma situação.

Nesse sentido, há a possibilidade de se 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 em determinada situação, ou seja, as respostas podem vir do psiquiatra, dos membros da equipe que acompanham aquele caso e/ou território e dos próprios usuários, que poderiam ser convocados para essa discussão. (Merhy, 1997)

Adotar essa postura, no entanto, pressupõe que o psiquiatra tenha claro para si, que não é sua função instaurar ou determinar a ordem social, algo que ultrapassa o núcleo racional de sua tarefa terapêutica (Birman e Costa, 1994).

Um desafio, portanto, seria não só receber a demanda destinada ao que ele representa (seu lugar social como psiquiatra), mas discriminar, dentro dessa demanda, onde é que, de fato, ele precisa intervir, com instrumentos específicos, distintos dos demais profissionais ou das próprias relações sociais.

Nesse caso, parece-nos que a função desse profissional seria a de esclarecer para a equipe, quais são suas possibilidades de intervenção enquanto psiquiatra, colocando-se, após isso, como mais um membro daquele grupo, que está unido com o propósito de cuidar e/ou aliviar um sofrimento.

Assim, verificamos que a apreensão do objeto de trabalho reflete muito as mudanças dos paradigmas relacionados ao cuidado em saúde mental e se expressa de maneira diversa, conforme o lugar ocupado pelo psiquiatra.

Tanto na UBS, como no CAPS, o maior tempo do profissional é ocupado pelo atendimento psiquiátrico individual. Além desses atendimentos, há propostas de

outras modalidades de ações, como grupos, visita domiciliar, reuniões de equipe, participação de fóruns de saúde mental com outros profissionais da rede e discussões informais entre os profissionais dos serviços. No entanto, essas atividades acabam tendo menor duração do que o previsto ou até nem ocorrendo, por causa do grande número de consultas psiquiátricas.

É interessante observar que, embora a maior parte do tempo da psiquiatra da UBS seja dedicado 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.

> *"Além dos atendimentos, estar dentro de uma UBS (...) é você trabalhar articulado com a saúde como um todo, (...) a questão da integralidade, a questão de você entender o individuo como um todo". (Psiquiatra da UBS)*

> *"Como é possível você (...) não reduzir [o portador de transtorno mental] à questão psiquiátrica, como você manter a clinica aberta (...) inserindo ele [portador de transtorno menta] no meio dele. Como que você faz uma cíinica não alienante, como se mantém ele sujeito, mesmo louco".(Psiquiatra da UBS)*

> *"Então tem (...) uma intersecção [da SM com as outras áreas] de manter essa intersecção (...) 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)*

> *"Cuidar dessa equipe (...) no sentido de cada um perceber o momento do outro, de perceber que o outro, às vezes, está se desgastando mais do que deveria". (Psiquiatra da UBS)*

Percebemos que os objetos de trabalho localizam-se em diversos "lugares": na manutenção da cidadania e 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 para as necessidades dos demais profissionais.

No NASF, o objeto de trabalho é visto de maneira mais localizada:

> *"Eu acho que o meu paciente é a equipe de saúde da família, é ela que precisa ser tratada, e é o NASF que está para tratar a equipe". (Psiquiatra do NASF)*

> *"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, que é apoiar as ESF, pela ferramenta do apoio matricial.

Todavia essa atuação é considerada como uma tarefa difícil, imputando esse limite para os profissionais, dado pela resistência das equipes da APS em aderir à ferramenta.

> *"O médico também não quer que alguém chegue para ele e fale: 'olha esse cara é mais complicado, infelizmente não tem recurso'. Ninguém quer lidar com a impotência, e o NASF entra nesse lugar" (Psiquiatra do NASF)*

> *"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 ao CAPS, o objeto de trabalho mostra-se ainda mais restrito ao trabalho médico propriamente dito, que é a assistência individual do doente e a doença em si:

> *"O meu trabalho, assim, é muito focado na questão dos sintomas (...) trabalho muito com transtornos mais psicóticos, principalmente a esquizofrenia (...) principalmente quando está no primeiro surto". (Psiquiatra do CAPS)*

> *"O tempo maior, a carga horária mesmo é a agenda, são os atendimentos, (...) atendimento de consultório mesmo, questões mais de fornecer laudos, muitas vezes dar medicação de controle". (Psiquiatra do CAPS)*

No entanto, essa visão pode refletir as necessidades de acompanhamento psiquiátrico contínuo que o CAPS acaba fazendo, deixando para o médico principalmente as atribuições pertencentes ao seu núcleo de competência, que seriam o diagnóstico e o tratamento medicamentoso, por exemplo.

Na medida em que vamos reconhecendo essa diversidade de objetos de trabalho, considerados pelos psiquiatras, nos perguntamos sobre quais são os instrumentos utilizados pelos mesmos, para operar sobre os objetos de trabalho apreendidos.

Com relação aos instrumentos imateriais, fica evidente na fala da médica da UBS, que um deles diz respeito a um "saber", isto é, ressalta a importância da compreensão psicodinâmica do sofrimento psíquico, que possibilita a não medicalização desse sofrimento. O conhecimento teórico da psiquiatria clínica e psicodinâmica ofereceria maior capacidade de escuta, viabilizando um distanciamento emocional, necessário para acolher determinadas demandas que surgem no cotidiano.

Além disso, esse conhecimento possibilitaria também maior facilidade para discriminar entre os pacientes que precisam ou não de avaliação/acompanhamento

psiquiátrico e permitiria que a responsabilidade pelo caso pudesse ser, realmente, compartilhada entre a equipe.

A teoria da psiquiatria psicodinâmica está fundamentada no conhecimento da teoria psicanalítica, tendo origem no século XIX, principalmente através das contribuições de Freud (Gabbard, 1998).

Para Gabbard (1998), a psiquiatria psicodinâmica é acima de tudo um modo de pensar, não apenas sobre o paciente, mas também acerca de si próprio no campo interpessoal, entre o paciente e o terapeuta. A fim de caracterizar a essência da psiquiatria psicodinâmica, define:

> *"A psiquiatria dinâmica constitui uma abordagem ao diagnóstico e tratamento, caracterizada por um modo de pensar acerca do paciente e do clínico que inclui o conflito inconsciente, os déficits e as distorções das estruturas intrapsíquicas e as relações objetais internas"*

Ainda segundo o autor, o psiquiatra deve utilizar uma ampla variedade de intervenções terapêuticas que dependem de uma avaliação dinâmica das necessidades do paciente. Assim, a psiquiatria dinâmica forneceria uma fundamentação conceitual coerente, dentro da qual todos os tratamentos podem ser prescritos, inclusive a farmacoterapia.

> *"A formação psicodinâmica é a principal, saber segurar o chequinho azul,. saber posicionar o recurso da medicação como um dos recursos disponíveis (...), é valioso, mas eu acho que é saber dar o mesmo peso para todas as possibilidades". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"A teoria funciona como organizador, tanto a teoria da psiquiatria clinica 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)*
>
> *"Saber que não é seu [exclusivo da psiquiatria], o caso não é seu, acho que isso é valido (...), na UBS também nesse sentido, se o caso não é meu como fazer o caso não ser meu?" (Psiquiatra da UBS)*

Pensamos que essa ferramenta pode ser particularmente útil na APS, pois ela permite lidar com a não resposta a determinado tratamento farmacológico, bem como ampliar a visão clínica diante do paciente "resistente", "poliqueixoso" e/ou que não adere aos tratamentos propostos (Gabbrd, 1998).

4.2.3 Matriciamento

Com relação ao apoio matricial como ferramenta/instrumento, é interessante observar que, antes mesmo do conceito de apoio matricial ter sido veiculado nos documentos oficiais, os profissionais relataram terem utilizado estratégias no trabalho com equipes da APS, no sentido de aumentarem seu poder resolutivo e auxiliarem no acompanhamento dos casos psiquiátricos, ações que vão em direção do conceito de matriciamento.

> *"Porque mesmo não tendo recebido nada, um dos primeiros empregos que eu tive, (...) foi como psiquiatra de UBS. Eu ficava em uma e (...) atendia a população de duas. Uma era PSF e outra UBS.(...), eu falei: 'Olha, tem muita demanda se for atender corrido, não vai rolar, mas eu tenho uma proposta, vamos fazer assim: A gente vem aqui, senta, conversa, discute os casos. Eu vejo o que precisa atender, o que não precisa, oriento vocês, no que vocês sentirem segurança, vocês atendem. No que não sentirem, eu atendo'". (Psiquiatra do NASF)*

> *"Foi uma construção e acho que isso é uma construção obvia. Na época me pareceu muito obvia (...). 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)*

> *"Sempre fiz atendimento junto com (...) com a equipe do PSF que são os que mais procuram de forma articulada (...) eu não sabia que isso era matriciamento e eu comecei a ter essa noção mais atual (...), mas eu fiquei assim muito admirada [de saber que o que já fazia tinha o nome de matriciamento]". (Psiquiatra do CAPS)*

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 o que é proposto pelo NASF e percebido como pouco resolutivo. A explicação para isso é o grande número de equipes a quem o NASF tem que dar o apoio matricial e a percepção de que anteriormente, o PSF funcionava melhor que nos dias atuais, onde os profissionais estão mais sobrecarregados, havendo 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)*

> *"Agora no NASF, estava em uma discussão de caso, e era um caso muito simples, tranquilamente daria para [a ESF] acompanhar... Agora é assim: 'tem que escutar? Quando que a psicóloga pode?' (...) porque eles já estão entulhados de exigências, isso que eu falo, da desqualificação que foi*

> *acontecendo, da sobrecarga no PSF, desse descuido que eu falo". (Psiquiatra da UBS, falando de sua experiência no NASF)*
>
> *"Tinham umas agentes que falavam: 'esse não é o meu trabalho, não é meu papel, entende? (...) antes a exceção era o não, hoje a exceção é o sim, né?" (Psiquiatra da UBS, falando de sua experiência no NASF)*
>
> *"As agentes comunitárias sabem a quantidade de famílias que ela tem que visitar, de repente aparece um programa novo, toca ela fazer o outro programa, ela tem que fazer o grupo, (...) Eu acho que é sobrecarga isso (...) tem duas equipes, tem que esperar explodir para falar: precisa de outra equipe". (Psiquiatra do UBS, falando de sua experiência no NASF)*
>
> *"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)*
>
> *"O PSF expandiu e não conseguiu manter a mesma qualidade". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Eu acho que tinha que ter uma equipe [de NASF] para um posto ou cinco equipes, seis já passa do limite, (...) com uma sala, com computador, etc". (Psiquiatra do NASF)*

Pode-se notar que, em relação ao apoio matricial, têm sido relatadas muitas dificuldades para a utilização dessa ferramenta em toda sua potencialidade.

Percebemos o obstáculo estrutural citado por Domitti (2006), que dificulta o acompanhamento longitudinal dos usuários pelas equipes de referência, assim como uma dificuldade na clareza dos papéis dos profissionais envolvidos, também um dos obstáculos do matriciamento (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)*

Uma dificuldade exaustivamente relatada pelos profissionais e também observada por Domitti (2006), está relacionada diretamente com o excesso de demanda e carência de recursos, assim como a necessidade de formação dos profissionais, para trabalharem com a ferramenta do matriciamento:

> *"Você chega na unidade para fazer o apoio matricial, mas não tem médico, as equipes estão incompletas". (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"E às vezes você marca o caso e as pessoas [da ESF] não sabem nem quem é o paciente". (Psiquiatra do NASF)*

> *"Tem um médico lá na UBS (...) que ele brinca: 'Ate hoje eu não sei o que é matriciamento'". (Psiquiatra do NASF)*

Com relação ao apoio matricial na UBS, Domitti (2006) observou que 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 nessas unidades, sendo os únicos médicos responsáveis pelos pacientes que apresentam algum transtorno mental.

> *"A partir do momento que entrou o psiquiatra as pessoas foram se desresponsabilizando". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"O ginecologista que atendeu a S.(...) aí depois ele falou: Nossa os PQ's são terríveis (...) ele fala os PQ's". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Nem um antidepressivo eles se dispuseram a prescrever (...) eu (...) escrevia: 'Do paciente tal, já foi tentado tirar favor manter a medicação'...mesmo fazendo a cartinha e aí faziam mas deixavam bem explicito 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, há a percepção de 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)*

É relatada 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 a 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" acaba inviabilizando a corresponsabilidade, ou seja, sentir-se responsável por um paciente pode acabar gerando frustração, na medida em que o psiquiatra não consegue observar os efeitos de seu trabalho, porque não tem contato com o usuário.

Então poderíamos nos perguntar a respeito do objeto de trabalho do

psiquiatra do NASF: é a equipe da APS ou é o paciente?

Mesmo sendo a equipe da APS o objeto de trabalho do psiquiatra do NASF, a finalidade principal desse trabalho é o sujeito, paciente, usuário daquele serviço de saúde. É preciso, pois, oferecer condições para que o apoiador, no caso o psiquiatra, possa participar do processo como um todo.

Fica claro que a possibilidade de acompanhar a evolução da intervenção viabiliza a sensação de realização profissional, reforçando a importância da longitudinalidade nas ações praticadas:

> *"Em CAPS você consegue ter outro acesso, tem uma equipe, não esta sozinho, vê o resultado: 'É bacana, tá melhorando'". (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"A A. tem epilepsia desde pequena (...) e ela estava muito parada, muito encolhida, agora ela está descobrindo isso, a voz dela, agora ela está descobrindo a cor dela, né?(...) e agora ela começou a almejar [fazer] a voz de aeroporto, então ela está querendo saber o que precisa para ser [profissional que faz a voz do aeroporto] como que se fala" (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Gosto de acompanhar a questão da melhora, da saída do quadro [psicótico], é algo que me satisfaz muito em termos profissionais". (Psiquiatra do CAPS)*

Essa é uma questão importante, quando consideramos que na medicina, é regra e não exceção o contato direto com o paciente. Por isso, pensamos que concentrar a atuação do psiquiatra apenas no apoio das equipes de APS, pode esvaziar de sentido sua prática como profissional.

Para localizar o efeito do trabalho para além do portador de transtorno mental, podemos observar que a longitudinalidade das ações permite a observação dos resultados do trabalho do psiquiatra na equipe, seja no sentido de corresponsabilização pelo paciente, seja no sentido de sua reinserção social, mudanças verificadas através do comportamento dos profissionais da APS:

> *"Tinha uma paciente que escreveu no meu carro com ferro. A instituição se juntou e falou: 'Ela não entra mais aqui para fazer atendimento mental', pois ela continua entrando aqui trazendo a criança no pediatra, ela entra no ginecologista,(...). Isso foi terapêutico para mim, para ela e para unidade, que teve um posicionamento (...) representou a apropriação dos casos de saúde mental sabe?". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Têm psicóticos que vem aqui tomar cafezinho". (Psiquiatra da UBS)*

Nessas falas, vemos que o trabalho da psiquiatra contribuiu para a atitude

de corresponsabilização pelo paciente, bem como para a desestigmatização do portador de transtorno mental na unidade, algo tão caro à reforma psiquiátrica.

4.2.4 Percepções sobre o papel do psiquiatra na APS

Por fim, chegamos às percepções que os profissionais têm, com relação ao papel do psiquiatra na APS, isto é, o que pensam sobre suas atribuições.

Os resultados foram homogêneos, enquanto consideram que esse profissional tem como principal função oferecer apoio para as ESF e para outros profissionais ou programas da APS, atuando de maneira transversal:

> *"Eu acho que o meu lugar é esse. Apoiar a equipe de saúde da família no atendimento de casos (...) que não precisam passar sempre com o psiquiatra (...) seja em acompanhamento ambulatorial em UBS, seja no CAPS que teria uma complexidade maior, casos estáveis tranqüilos ou casos mais leves. Apoiar o médico de saúde da família mesmo. Chegar e falar: Olha, vamos ver, vamos juntos. Não é acompanhar o caso, eu ver o cara sempre (...) vejo (...) quando precisa, na medida da necessidade". (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"O meu papel é orientar, aí não só o médico a equipe de saúde da família inteira. (...) eu não sou responsável por nenhum paciente, eu não sou médico de nenhum paciente. O médico dele é o médico de saúde da família e aí ele é que vai definir quais os casos que eu vou ajudar ou não". (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"Para dar apoio, acho que é o papel do psiquiatra em uma UBS (...) deveria estar também compartilhado com outros profissionais médicos também, para [lidar com questões] da saúde mental com violência, transtornos situacionais, evitariam um pouco essa demanda que a gente recebe". (Psiquiatra do CAPS)*
>
> *"Eu acho que deveria fazer atenção primaria mais voltada a prevenção, atendimento de casos leves, aqueles casos (...) de transtorno de ajustamento, stress mais leves" (Psiquiatra do CAPS)*
>
> *"Só dele? De fazer o remédio, porque nem os clínicos querem pegar, eu acho que é só dele. É uma contribuição, pois nem todo psiquiatra tem formação psicodinâmica". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Eu acho que profissional da saúde mental entra como qualquer profissional.(...)Os profissionais da área de saúde mental contribuem e muito nesse sentido, eu acho que eles funcionam muito mais como apoio dos profissionais das outras áreas (...) você entra com o seu olhar para compor esse trabalho". (Psiquiatra da UBS)*

Aqui percebemos, claramente, o lugar nebuloso e, por vezes, desconfortável, ocupado pelo psiquiatra que atua na APS (Birman, Costa, 1994; Menezes, Yasui, 2009).

Na visão da psiquiatra do CAPS, ele seria responsável por ações de prevenção e tratamento de casos leves, mas isso foge às recomendações atuais para a organização das ações de saúde mental.

O apoio mencionado pode dar-se de diversas maneiras: aumentando o poder resolutivo do médico da APS na condução do tratamento de portadores de transtornos mentais considerados menos graves; apoiando as equipes da APS, para o cuidado não medicamentoso desse usuário; contribuindo com um saber específico (formação psicodinâmica) no trabalho em saúde como um todo e apoiando as equipes de APS frente a situações sociais complexas, como situações de violência, por exemplo.

Uma função restrita ao psiquiatra seria a prescrição de medicamentos. No entanto, isso vai na direção oposta do apoio matricial, uma vez que essa ferramenta visa à instrumentalização do médico não psiquiatra para a administração de medicações para pacientes considerados menos graves e/ou estáveis.

Algo que não é mencionado, porém é considerado como o melhor aspecto da psiquiatria comunitária para Birman e Costa (1994), é a função de trabalhar por uma utilização mais eficiente dos serviços na área de saúde mental.

Para que isso ocorra, é necessário que haja um envolvimento dos gestores, no sentido de facilitar e/ou viabilizar mudanças na organização dos serviços, para que esses recursos em saúde mental sejam melhor utilizados.

As organizações tecnológicas observadas na UBS, no CAPS e no NASF, fazem parte do modelo atualmente proposto para a atenção em saúde mental e localizam-se num contexto comunitário, na APS ou em sua interface.

A ética que orienta as ações dos psiquiatras observados condiz com a ética que pretende direcionar esse modelo de saúde mental.

Mesmo assim, a demanda tem sido maior do que a capacidade de resposta.

Percebemos, assim, que são atribuições do psiquiatra que atua na APS: diagnosticar e acompanhar o portador de transtorno mental, articular os recursos da rede para oferecer a melhor combinação de estratégias de cuidado, de maneira individualizada, em cada fase do tratamento e apoiar as equipes e profissionais da APS, realizando atividades de educação permanente e utilizando a ferramenta do apoio matricial.

4.2.5 Formação

Um aspecto fundamental para se concretizar o modelo de atenção à saúde mental no território é a formação de profissionais competentes para atuar nessa realidade (Birman e Costa, 1994; Amarante, 2008).

No entanto, nenhum dos psiquiatras entrevistados percebe que sua formação em psiquiatria foi capaz de capacitá-los para atuar na APS, sendo que a aquisição do "saber fazer" ocorreu na prática, após a formação:

> *"Na residência que eu fiz, não tinha [formação para trabalhar na APS] (...) no fim você vai ter que ver cada caso e o que cada um necessita,(...) você tem que fazer as suas leituras a partir dos seus conceitos teóricos e tentar montar o projeto de tratamento". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Foi tudo a partir da clínica, de você estar fazendo a clinica e perceber que não esta tendo ferramenta mesmo". (Psiquiatra da UBS)*
>
> *"Nem se falava na época.[SM na APS] (...), mas a minha formação não recebeu capacitação nenhuma (...) até tem aulinha de saúde publica, mas só na faculdade na residência é tocação, você vai aprendendo porque você vai vendo as coisas". (Psiquiatra do NASF)*
>
> *"É eu acredito assim que na formação, falta uma visão de saúde publica. Eu acho que todo o profissional que trabalha na saúde publica teria que ter uma formação diferente do serviço de consultório, convênios, que se limitam a estar prescrevendo". (Psiquiatra do CAPS)*

Sendo assim, a formação em psiquiatria, que privilegia o modelo hospitalar e/ou ambulatorial como território de práticas, acaba se refletindo na atuação do psiquiatra, quando esse profissional se insere na APS, como se esse nível de atenção fosse apenas um prolongamento do hospital ou ambulatório, sem especificidades que não precisassem ser incorporadas através do processo de formação.

Dessa maneira, acaba competindo ao profissional perceber e refletir sobre essas especificidades, bem como buscar ferramentas para realizar seu trabalho, como ilustra a fala a seguir:

> *"Quando você vem para o serviço publico você tem possibilidade de fazer sua formação ou a sua deformação, pois se você não for se capacitando e vendo as questões teóricas para poder lidar com a demanda, você é devorado, você é consumido" (Psiquiatra da UBS)*

Vemos então o risco que há em "aprender na prática", sem uma base teórica

que sustente e oriente esse aprendizado.

Para Amarante (2008), a formação dos trabalhadores em saúde mental precisa contemplar outras histórias epistemológicas, agregando saberes que tratam do humano, da subjetividade, das relações sociais, como por exemplo, a filosofia, a antropologia, e até mesmo a literatura. Além disso, é preciso conhecer as histórias e trajetórias das experiências internacionais, para que seja possível saber avaliar e trabalhar em serviços, sistemas e redes e assim construir redes não apenas de assistência psiquiátrica ou psicossocial, mas redes que incorporem a saúde e outros dispositivos e recursos públicos e sociais.

Acreditamos que na formação em psiquiatria, seja mais difícil incorporar esses conceitos e práticas, pois, a psiquiatria é uma especialidade médica e o modelo médico-hegemônico ainda impera em nossa sociedade, fazendo com que esse profissional seja formado de modo isolado e superespecializado, para ser auto-suficiente, numa prática que se organiza segundo critérios privados e globalizados, a partir da oferta de serviços e não conforme a lógica pública, a partir da demanda local da população atendida (Ramos, 2009).

Assim, configura-se um cenário complexo, para a atuação do médico psiquiatra na APS.

Se, por um lado, trata-se de um profissional cuja *expertise* é fundamental e indispensável para a equipe interdisciplinar, por outro, trata-se de um profissional cada vez mais raro que, além disso, tem uma formação realizada na contramão daquilo que vem sendo preconizado para a boa prática em saúde mental (Hoge et al, 2004; Ramos, 2009).

Para Ramos (2009), o psiquiatra não está preparado para enfrentar a situação paradoxal de ser, ao mesmo tempo, aquele que ocupa o lugar simbólico daquilo que é criticado pelo novo modelo de cuidado – sensível a qualquer risco "medicalizante" – e aquele do qual se espera que exerça a função de médico da equipe multiprofissional de saúde mental, dominando as ferramentas técnicas da nosologia psiquiátrica, da psicopatologia e da psicofarmacoterapia.

Na APS, são vários os objetos de trabalho do psiquiatra: os usuários e seus familiares, a equipe multiprofissional de saúde mental, demais profissionais da saúde e a rede de serviços de saúde e outros recursos da comunidade.

Ademais, há uma realidade territorial que mostra pouca articulação entre os recursos de saúde mental, com uma carência desses recursos, que têm se mostrado

insuficientes para absorver as necessidades de um grande contingente de portadores de transtornos mentais. Daí resulta uma importante sobrecarga dos psiquiatras, que são pressionados a atender essa demanda.

Além de tudo, observamos grande fragilidade nas políticas públicas para a inserção desse profissional na APS, na medida em que não valoriza a permanência dos psiquiatras que vieram se inserindo ao longo da trajetória da reforma psiquiátrica, não contempla de maneira adequada a atenção à saúde de pessoas com doenças psiquiátricas crônicas e não oferece boas condições para que esse profissional ofereça uma retaguarda eficiente para as equipes da APS.

Embora haja muita potencialidade no trabalho do psiquiatra, caso seja capaz de operar sobre seus objetos de trabalho de acordo com a ética já citada anteriormente, há muitos obstáculos para que possa atuar na APS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Já faz muito tempo que se pergunta quais seriam as atribuições do psiquiatra num contexto comunitário e consideramos fundamental a investigação e constante indagação dessa pergunta, pois traz implicações importantes na gestão dos recursos de saúde mental na APS.

Atuando na porta de entrada do sistema de saúde, os profissionais desse nível de atenção, 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.

As organizações tecnológicas propostas para dar condições a esse trabalho vieram se sucedendo na cidade de São Paulo, desde a inclusão do psiquiatra nas UBS, nas equipes mínimas de saúde mental, até a criação do CAPS e, mais recentemente, do NASF.

Contudo, essa sucessão de organizações vem ocorrendo 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.

Para trabalhar as demandas da APS, é necessário que esse profissional tenha ferramentas para trabalhar em equipe e possua bom conhecimento e capacidade de se articular com os outros níveis de atenção à saúde, também (re) conhecendo os demais recursos da rede, além dos serviços de saúde.

É imprescindível o conhecimento técnico correspondente ao seu núcleo de competência, porém, mais do que isso, é necessário que o psiquiatra consiga oferecer o melhor tratamento/atendimento, de acordo com as possibilidades das pessoas, consideradas em sua singularidade como sujeitos, pertencentes a determinado território e/ou a determinada família.

Na medida em que esse profissional se aproxima do território onde atua, seu processo de trabalho vai ficando cada vez mais complexo, ao mesmo tempo em que

a realidade territorial traz demandas as mais diversas possíveis, originadas de fontes distintas.

Há a necessidade do acompanhamento longitudinal dos portadores de transtornos mentais que se encontram na APS, sejam eles considerados graves ou não, estejam eles estáveis ou não, exigindo do psiquiatra um papel muito ativo na coordenação do cuidado e na assistência dessa população.

Para realizar seu trabalho de forma adequada, precisa atuar na educação permanente de todas as categorias profissionais da APS, além de articular os serviços da rede de atenção à saúde.

Essas necessidades vêm de um contexto maior, ou seja, 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, da falta de recursos humanos e materiais na APS, com a consequente precarização das condições de trabalho, nesse nível de atenção à saúde.

Somada a isso, há uma grande fragilidade de articulação da rede e 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.

Por esses motivos, vemos que a atuação exigida do médico psiquiatra está muito além de realizar consultas individuais. Sua formação deveria contemplar a atuação na APS e, consequentemente, proporcionar a aquisição de instrumentos para tal, particularmente para trabalhar com o matriciamento.

Percebemos também na rede de assistência ao portador de transtorno mental uma grande lacuna, que acaba limitando as ações de atenção à saúde mental na APS. Parece claro que os portadores de transtornos mentais graves e/ou que estão em crise, devem ser acompanhados pelo CAPS. Segundo as diretrizes oficiais, os portadores de transtornos mentais leves, moderados e/ou estáveis, devem ser tratados prioritariamente pelas equipes da APS, com o apoio matricial realizado por psiquiatras (principalmente do NASF).

No entanto, parece ter sido esquecido 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 organização tecnológica da atenção à saúde mental vigente na APS, pois não são considerados pacientes que devem pertencer aos CAPS, mas que também são considerados “complicados”, a ponto de não poderem ser acompanhados pelos médicos generalistas, mesmo com o apoio matricial.

Embora haja a percepção de que esses pacientes devem ser acompanhados por psiquiatras de UBS, essa inserção profissional do psiquiatra não tem sido privilegiada pelas políticas públicas atuais, fazendo com que seja um grande desafio, senão uma missão impossível, que esses pacientes sejam efetivamente acompanhados.

Parte dessa demanda é classificada pelos profissionais como passível de ser absorvida tanto pelo médico generalista, com o apoio matricial, como por outros profissionais de saúde, quando esses profissionais mostram-se capazes de realizar um acolhimento com uma escuta mais qualificada.

É colocado para o NASF essa tarefa de apoiar os profissionais da ESF e tornar efetiva a atenção em saúde mental, mas as próprias diretrizes dessa organização são percebidas como limitadoras do processo de trabalho do psiquiatra. O número preconizado de ESF (8 a 20) por cada equipe de NASF é considerado excessivo, empobrecendo a proposta e decepcionando os trabalhadores, tanto do NASF, que não conseguem visualizar o impacto do seu trabalho, como da ESF, que continua sentindo-se desamparada para lidar com as questões do campo da saúde mental.

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, o que acaba contribuindo para um descrédito da ferramenta do apoio matricial e da resolutividade da APS, para promover a atenção à saúde mental no contexto comunitário, de maneira integral e regida por princípios éticos antimanicomiais, objetivo maior da reforma psiquiátrica.

Não temos dúvidas a respeito da importância do médico psiquiatra na APS. A política pública atual o incorpora na APS, porém o coloca numa posição satélite, ao mesmo tempo em que não valoriza os psiquiatras que estão, de fato, inseridos nos serviços da APS, o que consideramos um equívoco.

Sua atuação na porta de entrada do sistema de saúde potencializa a

concretização dos objetivos da reforma psiquiátrica, que é o cuidado integral do portador de transtorno mental, visto como sujeito e cidadão, que receberá esse cuidado de serviços e profissionais, preferencialmente localizados em seu meio, no território onde vive. Para que isso ocorra, sua atuação deve estar de acordo com os princípios da APS.

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

Uma vez que na psiquiatria, mesmo uma doença muito grave é passível de ser tratada na APS, a longitudinalidade do cuidado é facilitada, já que o tratamento não depende de tecnologias duras na maioria das vezes, e sim de recursos humanos capazes de oferecer esse cuidado, seja o próprio psiquiatra, sejam os demais profissionais da APS com sua retaguarda.

A integralidade também tem mais chance de ocorrer, e aqui ressaltamos não só a coordenação do cuidado, que promoverá a assistência com relação ao transtorno mental, mas o olhar para a prevenção, tratamento e reabilitação das doenças clínicas. É sabido que a mortalidade dos portadores de transtornos mentais é maior do que na população geral e isso se deve, entre outros fatores, à negligência dos profissionais de saúde com relação ao cuidado à saúde como um todo e também à negligência do próprio sujeito com relação à sua saúde.

Nesses termos, o psiquiatra pode atuar chamando a atenção para essas questões, além de oferecer apoio aos profissionais que realizam o acompanhamento clínico dos portadores de transtornos mentais, por exemplo.

Além disso, na APS há boas condições para o acesso e trabalho em conjunto com familiares e outros membros da comunidade, muito importantes para o cuidado e (re) inserção social do portador de transtorno mental.

Pensamos, portanto, que, se o objeto de trabalho do psiquiatra é o cuidado do sujeito, esse profissional pode orientar suas ações de maneira mais eficiente.

Talvez as diretrizes de “articular a rede” ou de “realizar ações intersetoriais” fiquem esvaziadas de sentido, quando o profissional não vê concretamente os motivos e os efeitos dessas ações em seus pacientes.

Não podemos esquecer que o psiquiatra é médico, ou seja, cultural e

socialmente seu objeto de trabalho localiza-se no tratamento de seus pacientes.

Assim, quando suas atribuições se distanciam dessa perspectiva, pode haver um estranhamento quanto à pertinência de suas ações.

Isso ocorre, também por uma formação deficitária, que ainda não prevê a atuação do psiquiatra na APS.

Portanto, é fácil entender que esse profissional, ao se deparar com a complexidade que envolve sua atuação e a grande demanda por assistência, opte por fazer aquilo que aprendeu e que, socialmente e culturalmente lhe é devido, ou seja, atender pacientes.

Atender a demanda por assistência de maneira alienada e indiscriminada, além de estar totalmente fora dos propósitos da atenção à saúde mental na APS, será pouco efetivo, já que não há psiquiatras em número suficiente para tratar todos os portadores de transtornos mentais.

Por outro lado, a “recusa” em atender pacientes coloca o médico psiquiatra numa posição muito diferente dos demais profissionais da APS, como se fosse um supervisor, ou consultor, não fazendo parte da Unidade.

Acreditamos que, quando os profissionais da APS forem capazes de responder à maior parte da demanda por atenção à saúde mental, a posição do psiquiatra do NASF pode ficar mais clara e, com certeza, mais funcional, já que ocupa uma posição estratégica para realizar intervenções pontuais, seja na equipe, na comunidade e ou na articulação da rede, potencializando toda a cadeia de cuidados em saúde mental.

Também acreditamos que se o psiquiatra do CAPS tiver boas condições de trabalho para prestar assistência aos portadores de transtornos mentais graves ou em crise, de acordo com as diretrizes dessa organização, será mais factível sua articulação com a APS, assim como sua disponibilidade para receber os casos que precisam de acompanhamento intensivo, se assim se mostrar necessário.

Porém, o que ocorre é que a capacidade da APS para oferecer resposta para as necessidades dos portadores de transtornos mentais está muito limitada, pois, além de sua alta prevalência, os profissionais não estão instrumentalizados para oferecer esse cuidado, ao mesmo tempo em que enfrentam uma precarização das condições de trabalho, com o excesso de demanda e carência de recursos.

Numa tal situação, além da necessidade de formação dos profissionais da APS, são necessários mais investimentos nesse nível de atenção, ou seja, oferecer

melhores condições de trabalho para os profissionais que aí atuam e potencializar os recursos de saúde mental que estão inseridos na APS de maneira longitudinal, como o psiquiatra que faz parte de uma UBS.

Vê-se, então, que a importância de seu trabalho na APS, aponta para a necessidade de mais relevância ao tema, para que haja mais elementos e instrumentos para subsidiar os próprios psiquiatras, com relação às suas práticas, os gestores, para organizarem a oferta das ações dos serviços e os governantes, para instituírem políticas públicas que, realmente, levem à integralidade do cuidado na saúde mental.

Esse trabalho, de caráter exploratório, traz luz para o entendimento de uma realidade contemporânea, somando-se a outros trabalhos já realizados, contribuindo para a qualificação e consolidação do SUS.

6. ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 27 de setembro de 2010
PARECER Nº 343/10 – CEP/SMS
CAAE: 0167.0.162.026-10

Ilma Sra
Ana Maria Cortez Vannucchi

Projeto de Pesquisa: Atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde: um estudo das modalidades tecnoassistenciais da atenção à saúde mental no contexto da atenção básica em saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS)
Pesquisador Responsável: Ana Maria Cortez Vannucchi
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Local onde os dados serão coletados: UBS, CAPS e NASF

I - Sumário Geral do Protocolo:

O presente estudo tem como **objetivo** verificar como se dá o trabalho do médico psiquiatra que atua na atenção primária de saúde, dentro do contexto atual da organização tecnológica dos modelos de atenção de saúde mental. Para isso, será feita uma análise dos vários momentos do processo de trabalho do psiquiatra, onde serão levados em conta elementos constitutivos como: considerar quais questões o psiquiatra realmente toma como relevantes para exercer sua intervenção, considerar o desempenho do psiquiatra em relação aos conteúdos previstos para seus postos de trabalho e sua compreensão acerca das dimensões individual e coletiva do trabalho, entre outros.

As unidades de análise determinadas na presente pesquisa foram: UBS, CAPS e NASF, sendo que para cada unidade adotaram-se diferentes **critérios de inclusão**, abaixo descritos:

UBS: Estar organizadas de acordo com o modelo da programação em saúde, onde existam os programas de saúde da criança, mulher e adulto, além de uma equipe mínima de saúde mental (psiquiatra e psicólogo). O médico psiquiatra deve ter um período mínimo de três anos de atuação na unidade.

CAPS: Estar em funcionamento há pelo menos dez anos, que tenha como um dos profissionais integrantes o médico psiquiatra, cujo período mínimo de atuação na unidade seja de três anos e que, uma de suas atribuições seja a de realizar apoio matricial a equipes de saúde da família, de pelo menos uma UBS do território.

NASF: Ter um psiquiatra com período mínimo de atuação de um ano e que realize o apoio matricial de, no mínimo, oito e, no máximo, vinte equipes de saúde da família.

Para realizar a coleta de dados, será utilizada uma entrevista semi-estruturada, realizada com três psiquiatras escolhidos de cada unidade de análise acima descrita. As entrevistas serão gravadas em áudio, sendo apoiadas por um roteiro (anexo I). Como estratégia complementar, será utilizada a observação participante e para análise do material colhido aderiu-se à "análise de conteúdo".

Os **custos** do estudo ocorrerão a cargo da pesquisadora.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

II - Considerações.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador

A metodologia é adequada aos objetivos; impõe alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa. Há possibilidade mínima de desconforto porem devidamente justificado no corpo do projeto.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, há descrição suficiente dos procedimentos. As garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96 estão explicitadas. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados possibilitando uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

III - Situação do Protocolo: aprovado

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305, 4º andar - Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo – SP.
Tel.: (11) 2176-7689 E-mail: eticamedbernadete@santacasasp.org.br

São Paulo, **12** de **agosto** de **2010**.

Projeto nº 280/10
Informe este número para identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr. (a).
Dr. (a). **Ana Maria Cortez Vannucchi**
Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em **reunião extraordinária**, dia **11/08/10** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **"Atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde: um estudo das modalidades tecnoassistenciais da atenção à saúde mental no contexto da atenção básica em saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS)"** emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

[X] **Aprovado (Inclusive TCLE);**

[ ] **Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendida em 60 dias, (enviar as alterações em duas cópias);

[ ] **Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);

[ ] **Não aprovado:** e

[ ] **Aprovado** (inclusive **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido),** e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

JSC

ANEXO 3

ROTEIRO – ENTREVISTA

Unidade de análise: ( ) UBS ( ) CAPS ( ) NASF

Perguntas diretas a respeito de:

- Tempo de formação
- Carga horária de trabalho durante a semana.
- Tempo na atual inserção profissional.
- O que entende por APS.
- O que entende por atenção em saúde mental no campo da APS.
- O que entende por apoio matricial e por apoio matricial em saúde mental particularmente.
- Se recebeu algum tipo de formação ou capacitação para atuar na APS.

Identificar as percepções do psiquiatra a respeito de sua atuação na APS:

- Objeto de trabalho: quais são as questões mais relevantes para a atuação do psiquiatra, qual é o foco da atuação do profissional.

Perguntas: Qual é o seu objeto de trabalho nesta inserção profissional? Qual é o seu foco de atuação? Quais questões mais demandam suas práticas nesta inserção profissional?

- Ação do agente de trabalho: como são realizadas as atividades do profissional, desempenho do psiquiatra em relação aos conteúdos previstos para seus postos de trabalho e sua compreensão acerca das dimensões individual e coletiva do trabalho.

Perguntas: Como você descreveria um dia típico de trabalho? Você consegue cumprir as atribuições que são esperadas no seu posto de trabalho?

- Instrumentos do trabalho: considera a utilização e adequação dos mesmos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho, sua relação com a ação dos agentes e seu papel na interação serviço-usuário.

Perguntas: O que você considera que sejam seus instrumentos de trabalho? Como os pacientes chegam até você? Como é sua interação com os profissionais do

serviço? Quem são as pessoas do serviço que vêm discutir casos com você? Você acha fácil o acesso dos usuários às ações de saúde mental das quais você participa?

- Produtos do trabalho: considera os resultados atribuíveis às ações e apreensíveis nos indivíduos usuários e na população-alvo, a interação estabelecida entre serviço e usuário e a constituição e reconstituição das demandas em saúde referidas aos usuários e à população.

Perguntas: Quais têm sido os resultados de seu trabalho? Você observa modificações na população que você atende? Você observa modificações nas demandas que você atende? Você observa modificações nas relações estabelecidas com a população? Você observa modificações nas relações com outros profissionais do serviço?

- Articulação com profissionais de outros serviços de saúde.
- Articulação com profissionais de outros equipamentos que não os da saúde.
- Atuação intersetorial.
- Dificuldades e facilidades vividas na atuação na APS.
- Percepção a respeito do lugar ocupado pelo psiquiatra no sistema de saúde (SUS).
- Perspectivas futuras a respeito de sua atuação profissional na APS.
- Realização pessoal com a atuação profissional.
- Necessidade de formação para atuação na APS.

ANEXO 4

ROTEIRO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Serão observadas ações individuais e coletivas e focadas na prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

Intervenção: atendimentos individuais

- Número de casos agendados.
- Tempo dispendido durante a consulta.
- Abordagem integral.
- Articulação com outros profissionais.
- Formulação ou não de um projeto terapêutico individualizado.
- Explicitação para o paciente a respeito de quem é sua referência.

Intervenção: atendimentos compartilhados, práticas coletivas, reuniões de equipe, discussões de caso, visita domiciliar, articulação com outros serviços.

- Postura dos profissionais envolvidos.
- Clareza a respeito do motivo da intervenção realizada
- Processo de tomada de decisão.
- Clareza quanto à responsabilidade dos papéis dos profissionais envolvidos na intervenção.
- Formulação ou não de um projeto terapêutico individualizado ou coletivo.
- Explicitação para o paciente a respeito de quem é sua referência quando for o caso.

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "**Atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde: um estudo das modalidades tecnoassistenciais da atenção à saúde mental no contexto da atenção básica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)" Protocolo número:_____**

Essa pesquisa será realizada pela médica psiquiatra Ana Maria Cortez Vannucchi, CRM 104.431, que trabalha como psiquiatra coordenadora do programa de saúde mental do Centro de Saúde Escola Barra Funda - Alexandre Vranjac, situado na Avenida Dr Abraão Ribeiro, 283, Barra Funda, São Paulo – SP.

A pesquisadora está disponível para contato, caso haja necessidade de qualquer tipo de esclarecimento sobre a pesquisa, nos seguintes telefones: (11) 96126009, (11) 34662500 ou (11) 34939433.

Você foi selecionado porque é um (a) psiquiatra que atua na atenção primária à saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

O objetivo geral deste estudo é: Analisar o processo de trabalho do médico psiquiatra que atua na atenção primária à saúde no contexto atual da organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde mental que se articulam diretamente com a APS no município de São Paulo.

Os objetivos específicos são: identificar as percepções do psiquiatra a respeito de seu processo de trabalho e APS, identificar possíveis dificuldades e potencialidades a respeito da atuação do psiquiatra na APS, promover uma reflexão a respeito das atribuições do psiquiatra na APS, identificar limites e possibilidades dos processos de trabalho do psiquiatra em relação aos modelos tecnoassistenciais - CAPS, UBS e NASF.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: conceder uma entrevista que será gravada em áudio, à pesquisadora Ana Maria Cortez Vannucchi e permitir que sejam observadas suas atividades habituais em seu trabalho pela referida pesquisdora.

Não consideramos que haja riscos relacionados com sua participação nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são : contribuir para construção do conhecimento a respeito do processo de trabalho do psiquiatra que atua na APS e os modelos tecnoassistenciais em saúde mental relacionados diretamente com a APS.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador:
Ana Maria Cortez Vannucchi _____
Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:
Avenida Dr Abraão Ribeiro, 283, Barra Funda, São Paulo – SP.
Telefone: (11) 34662500.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 4º Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo –SP
Tel: 21767000 ramal: 8061- E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Para dúvidas e/ou denúncias quanto a questões éticas.
Rua General Jardim, 36 – 1º andar. Vila Buarque. São Paulo - SP.
Tel: 33972464 ou E-mail: smscep@gmail.com
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____
Sujeito da pesquisa (nome e assinatura)

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994 p. 73-84.

Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad Saúde Públ. 1995; 11:491-4.

Amarante P. Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Amarante P. (Org.) O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Antunes EA. Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo. Tese. (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface (Botucatu). 2004; 8:73-92.

Bardin, L**.** Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 1977.

Bateman TS**,** Snell SA**.** Construindo Vantagem Competitiva. São Paulo: Atlas; 1998.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p 41-73

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Públ. 2008; 24:456-68.

Brandão EP. Sobre a ética das práticas psi: felicidade e cidadania. Psicol Ciênc Prof. 1998; 18:2-11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas /Departamento de atenção básica. Saúde mental e atenção básica - O vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em dados 8, Brasília, Ministério da Saúde, Ano VI, n.8, jan. 2011. Disponível em: http:/bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf

Brasil. Câmara dos Deputados (2009f) Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=364458&PalavrasDestaque=]

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 2009. 160p.

Campos GWS. Saúde Pública em Defesa da Vida. Hucitec: São Paulo; 1991. 175 pp.

Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1994.

Campos GWS. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise Crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Públ. 1997. 13:141-4,

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4:393-403.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

Chiavenato I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999. 920pp.

Costa JF. As éticas da Psiquiatria. In: Figueiredo A, Silva Filho JF. (Orgs) Ética e Saúde Mental. Rio de Janeiro: TopBooks; 1996. p 27-41.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P (org). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p141-68.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978. (disponível em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)

Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R (org). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007. p 39-84.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low income countries. Oxford: Oxford University Press. 1995.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz;1999. 166 pp.

Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. In: Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979; p.11-94.

Factor RM, Stein LI, Diamond RJ. A model community psychiatry curriculum for psychiatric residents. Commun Ment Health J. 1988; 24:310-27.

Fenerich S, Bornschlegell I. Atendimento grupal em psiquiatria. Psicol Rev. 2008; 17:29-43.

Franco TB. Gestão do trabalho em saúde mental. 2008 [acesso 23 fev 2011].Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/publicacoes.html

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Públ. 1999; 15:345-53.

Franco TB, Magalhães JR. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cronificados. In: Harari A, Valentini W (orgs). A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001.

Furtado JP, Onocko Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2005; 8:109-22.

Franco TB. Gestão do trabalho em saúde mental. 2008 [acesso 23 dez 2010]. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/publicacoes.html

Franco TB, Panizzi M, Foschiera M (orgs). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004.

Franco TB, Merhy, EE. PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E. O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiando, São Paulo: Hucitec; 2003.

Gabbard GO. Psiquiatria Psicodinâmica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Gama CAP, Onocko-Campos R. Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cad Bras Saúde Mental. 2009; 1:112-31.

Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. Br J Psychiatr. 1997; 170:6–11.

Giordano Jr S, Pereira LMF. Saúde Mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalvez RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; Programa Editorial da FMUSP, vol. IV. 1996. p 132-49.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVR, Noronha JR, Carvalho AI (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p 575-625.

Goldberg JI. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In: Pitta A (org.) Reabilitação psicossocial no Brasil**.** São Paulo: Hucitec; 1996. p.33-47.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14:297-305.

Hoge MA, Huey LY, O'Connell MJ. Best Practices in Behavioral Health Workforce Education and Training. Adm Policy Ment Health. 2004; 32:91-106.

Johnston M., Binder T, Freeland A, Gilles K. Suggestions for implementing community psychiatric training in existing residency programs. Can J Psychiatr. 1995; 40:623-6.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo- Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005;18:229-40

Lancman S, Pereira LMF. Introdução. In: Lancman S (org). Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo; 2008. p 9-29.

Lancetti A. Práxis terapêutica. In: Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008.

Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface – Comunic Saúde Educ. 2006; 10(20):281-98.

Linsley K, Slinn R, Nathan R, Guest L, Griffiths H. Training implications of community-oriented psychiatry. Adv Psychiatr Treat. 2001; 7:208-15.

Mangia EF. Asilamento psiquiátrico no estado de São Paulo: constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

Mateus MDML. Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil. Tese (Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.

Menezes M, Yasui S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14:217-26.

Mendes-Gonçalves RB. 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-Abrasco; 1994. 278p.

Merhy EE. O Capitalismo e a Saúde Pública. São Paulo: Papirus; 1987. 134 pp.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Lugar Editorial; 1997. p 71-112.

Merhy, EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 19-40.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde Debate; 2003.27(65):316-23.

Merhy EE. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE (orgs). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 1998. p103-20.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Coletiva . 1999 ; 4:305-14.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E (org**).** Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009. p 29-56.

Minayo C. Pesquisa Social-teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2000.

Minayo C. O desafio do conhecimento. 10ªed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406p.

Mubbashar M. Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G. (Eds.). Common mental disorders in primary care. London: Routledge; 1999.

Nascimento SL. 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. Tese (Mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1997.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. Rev Saúde Públ. 2001; 43:8-15.

Nathan P, Gorman J. A guide to treatments that work. (2nd Ed). Oxford: Oxford University Press; 2002.

Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB (org). Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Nicácio F. O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado). São Paulo. Pontifícia Universidade Católica; 1994.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Públ. 2007; 23:2375-84.

Oliveira GN, Furlan PG. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org). Manual de práticas de atenção básica - Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Onocko-Campos R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate. 2001; 25(58):98-111.

Organização Panamericana de Saúde /Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. Suíça. 2001.

Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008.

Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health. Resolution CD49.R17 of the 49th Directing Council. Washington DC: PAHO; 2009.

Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVR, Noronha JR, Carvalho AI (orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p 547-73.

Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2004; 11:241-58.

Pereira LMF, Rizzi HJ, Costa ACF. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: Lancman S. Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo; 2008. p 29-86.

Ramos FAC. 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.

Rose N. Historical Changes in mental health practice. In: Thornicroft G, Szmukler G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001. 585 pp

Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. EAN Rev Enferm. 2008;12:173-8.

Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (editors). Epidemiología de los transtornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 2009.

Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I (editors). Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; Serie PALTEX nº 49. 2009.

Rodriguez Jorge J. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32: 341-342.

Rose D. User´s voices: the perspectives of mental health service users on community and hospital care. London: The Sainsbury Centre, 2001.

World Health Organization (2001). World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.

Rotelli, F.; De Leonrdis, O & Mauri, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

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. In: Arquivos da Coordenadoria de saúde mental do estado de São Paulo. São Paulo, 1983.

São Paulo. Secretaria da saúde do estado de São Paulo. Coordenadoria de saúde mental. AIS – Ações Integradas de Saúde – Seminário de avaliação – INAMPS – São Paulo, 1986.

São Paulo. Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. Secretaria da pessoa com deficiência. Disponível em : http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/programas_e_servicos/saude/index.php?p=12458 (acessado em 15 de fevereiro de 2011).

Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of anti-depressant treatment in primary care. Gen Hosp Psychiatr. 2002; 24:213 –24.

Tansella M, Thornicroft G. The principles underlying community care. In: Thornicroft G, Szmukler G (Ed). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.

Tansella M, Thornicroft G. Common Mental Disorders in Primary Care. Essay in Honour of Professor Sir David Goldberg. London: Routledge; 1999.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Hist Ciênc Saúde. 2002;.9:25-59.

Thornicroft G, Tansella M. Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care. Br J Psychiatr. 2004;.185: 283-90.

Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression: the whole process of care needs to be enhanced. Br Med J. 2001; 323:948–9.

Vannucchi, AMCV. **Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2011.

RESUMO

O presente estudo pretende contribuir para uma reflexão sobre a atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).
O enfoque escolhido é o processo de trabalho do psiquiatra que atua neste nível de atenção e a organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde mental, no campo da APS.
Nessa perspectiva, problematizamos a inserção do médico psiquiatra na APS, particularmente no momento atual das diretrizes para a atenção básica de saúde fundamentadas na tecnologia de matriciamento.
A metodologia utilizada é qualitativa. Analisamos as três principais inserções possíveis de atuação do psiquiatra, na tecnologia de matriciamento e na APS -a unidade básica de saúde (UBS), o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e o centro de atenção psicossocial (CAPS).
Realizamos entrevistas e observação participativa do processo de trabalho desses sujeitos. A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo.
As organizações tecnológicas propostas para dar condições a esse trabalho vieram se sucedendo na cidade de São Paulo, desde a inclusão do psiquiatra nas UBS, pelas equipes mínimas de saúde mental, até a criação do CAPS e mais recentemente, do NASF.
Há muita fragilidade de articulação da rede e uma dificuldade de estabelecer e potencializar o papel do psiquiatra, de acordo com a organização tecnológica onde está inserido. Fica claro que sua formação não contempla a atuação na APS e, consequentemente, não proporciona a aquisição de instrumentos para tal, particularmente para trabalhar com o matriciamento.
A política hegemônica da inserção do psiquiatra na APS, atualmente focalizada nos NASF, é insuficiente para atender as necessidades de assistência psiquiátrica contínua de grande parte dos portadores de transtornos mentais.
Além da necessidade de formação para atuar na APS, é necessário oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais que atuam nesse nível de atenção e potencializar e articular os recursos de saúde mental, para uma melhor atenção à saúde mental e uma melhor atuação do médico psiquiatra.

Descritores: saúde mental, psiquiatria, organização tecnológica, processo de trabalho, atenção primária à saúde, reforma psiquiátrica.

Vannucchi, AMCV. **Technical health care arrangements and performance of the psychiatrist in the field of primary health care in the current context of the Unified Health System (SUS)** [dissertation]. São Paulo: School of Medical Sciences of Santa Casa de São Paulo, 2011.

ABSTRACT

his study is intended to contribute to a reflection on the care of mental health in Primary Health Care (PHC). The approach chosen is the work process of the psychiatrist who works at this level of attention and the technological organization of care models for mental health in the PHC field.
From this perspective, we discuss the inclusion of the psychiatrist in APS, particularly in the current moment of guidelines for primary health care based on the technology of matrix-based strategy.
We have used the qualitative methodology. We have analyzed the three major possible insertions of the psychiatrist role, at the technology of matrix-based strategy and at APS – the basic health unit (UBS), the family health support center (NASF) and the Psychosocial Attention Center (CAPS).
We have conducted interviews and participative observation on the working process of those subjects. Data analysis has been done by content analysis.
The proposed technological organizations to provide conditions for such work are based in São Paulo, from the inclusion of psychiatrists in the UBS, through minimum teams of mental health, to the creation of CAPS and, more recently, of the NASF.
There is a high fragility of articulating the network and difficulties in establishing and enhancing the psychiatrist role, according to the technological organization where he is in. It has been clear that his/her training does not include the work at the APS and therefore it does not provide the acquisition of instruments for such, particularly for working with the matrix-based strategy.
The hegemonic policy of the psychiatrist insertion at APS has currently 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 who work at this level of attention and to leverage and to articulate resources of mental health for a better care of mental health and a better performance of the psychiatrist.

Descriptors: mental health, psychiatry, technological organization, work process, primary care, psychiatric reform.