

Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família¹

Receiving the mental health user: perceptions of professionals committed to the Family Health Strategy

La acogida al paciente de la salud mental: percepción de los profesionales vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia

Mônica Barreto
Aline Aparecida Foppa
Maria Fernanda Cabral
Jadete Rodrigues Gonçalves
Carmen Leontina Ojeda Ocampo More

RESUMO

A reorganização da política de saúde no Brasil implicou na absorção das demandas de saúde mental pela Atenção Básica. Este trabalho visa identificar como os profissionais da Estratégia Saúde da Família do município estudado realizam o acolhimento ao usuário de saúde mental. A pesquisa é exploratória, de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semi-estruturada e a partir de sua análise identificouse dificuldades e

1. O texto é inédito, resultado de trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família / Modalidade Residência, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, processo nº 215/2008.

possibilidades no acolhimento a esse usuário, destacando-se o matriciamento como elemento importante no planejamento em saúde mental, na efetivação da integralidade e suporte aos profissionais; medicalização do usuário em sofrimento psíquico; implicações da vulnerabilidade social tanto no desenvolvimento de trabalho da equipe como no tratamento do usuário da saúde mental, e, insuficiente conhecimento dos profissionais acerca desses usuários na sua área de abrangência, vindo a dificultar ações de vigilância de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Estratégia de saúde da família. Vigilância da saúde. Matriciamento.

ABSTRACT

The reorganization of health policy in Brazil led to the inclusion of the demand of mental health into the Primary Health Care. This study aimed to identify how the professionals of the Family Health Strategy (ESF) of the

municipality health service receive the mental health user. This is a qualitative exploratory study. Data were collected through semi-structured interviews. Information analysis identified problems and opportunities in the process of receiving the mental health user. Supervision of professionals was emphasized as an important tool in planning mental health care actions; also it was identified the user's medicalization under psychological distress. There are implications of social vulnerability in the development of the team work and in the user's treatment of mental health conditions. There is little knowledge of the professionals about the users in their area of coverage, making it difficult for health surveillance activities.

Keywords: Mental health. Family health strategy. Health surveillance. Professional supervision.

RESUMEN

La reorganización de la política de salud en Brasil condujo a la inclusión de la demanda de salud mental en la Atención Primaria. Este estudio tuvo como objetivo determinar de que manera los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) del servicio municipal de salud acogen al usuario de la salud mental. La investigación es cualitativa, de tipo exploratorio. La recolección de datos fue por medio de entrevistas semi-estructuradas. El análisis identificó problemas y oportunidades de acogida a los usuarios, con énfasis en la supervisión profesional como parte importante en la planificación de la salud mental; medicalización del usuario bajo distrés psicológico; vulnerabilidad social en el desarrollo del trabajo en equipo como

también para el tratamiento del usuario de la salud mental y poco conocimiento de los profesionales sobre los usuarios en su área de cobertura, lo que dificulta las acciones de vigilancia en salud.

Palabras clave: Salud mental. Estrategia de salud de la familia. Vigilancia de la salud. Supervisión profesional.

Contextualizando a saúde mental

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil fortaleceu-se concomitantemente à criação e à expansão do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A partir de 1990 o Ministério da Saúde (MS), definiu uma nova Política de Saúde Mental² que, dentre outras ações, objetiva: [...] reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado.

Assim, o modelo psiquiátrico tradicional, baseado na assistência hospitalar, passou a ser substituído por um modelo de base comunitária e territorial, por meio da desospitalização dos pacientes psiquiátricos³ e o atendimento a essa demanda no âmbito da Atenção Básica (AB) tornou-se fundamental e indispensável.

O Pacto pela Saúde⁴ assume a

Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo de ação da AB e de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica⁵ a ESF visa: a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e dá garantia de atendimento a demanda espontânea, realização de ações programáticas e de vigilância à saúde.

Um dos pilares para a efetivação da ESF é o reconhecimento do território. O processo de territorialização faz parte do planejamento estratégico situacional (PES) proposto originalmente por Carlos Matus. O PES inclui a análise de situação (identificação, priorização e análise); o desenho da situação objetivo e das estratégias; a análise de viabilidades das ações; e a programação de passos operacionais específicos⁶.

A territorialização seria a primeira etapa do processo de vigilância da saúde e inclui o fortalecimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, além de práticas voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde⁶.

A vigilância abrange as Doenças e Agravos Transmissíveis e as Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANTs. Este trabalho abordará as DANTs, as quais têm sua relevância indicada por dados epidemiológicos, respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil⁷.

Os transtornos mentais e de comportamento pertencem às DANTs. Em pesquisa realizada pelo MS com a ESF em todo

país, nos anos de 2001 e 2002, se averiguou que 51% das equipes da ESF realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental⁽¹⁾. Esses dados também revelam que 3% da população possuem diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes, e mais 9% (totalizando 20 milhões de pessoas) apresentam transtornos menos graves graves⁸.

Um fator apontado por Maragno e colaboradores⁹ como estando diretamente relacionado à saúde mental é a vulnerabilidade social. Para Abramovay e Pinheiro¹⁰, a vulnerabilidade social é o resultado negativo da relação entre a disponibilidade de recursos e o acesso às oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, da sociedade civil tais como educação, trabalho, saúde, lazer e cultura.

Em sua pesquisa sobre transtornos mentais comuns (TMC)¹ transformar de forma autônoma a própria vida, pois concebem que todos os seus problemas são passíveis de intervenção médica¹².

Além da medicalização desses usuários em sofrimento, observa-se o crescente uso de medicamentos nas tentativas de suicídio, que passaram a ocupar a primeira posição, no quadro dos agentes externos, que mais causam intoxicações em seres humanos¹³. O Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) verificou que 55,7% das tentativas de suicídios registradas no período de 1994-2006 ocorreram pelo uso de medicamentos. Segundo

(1). Situação de saúde que não preenche critérios formais para diagnóstico de depressão ou ansiedade, mas que apresenta sintomas que acarretam uma incapacidade funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos⁹.

dados do mesmo Centro, no período 2003-2007, os benzodiazepínicos e os antidepressivos foram as classes de medicamentos que mais causaram intoxicações¹⁴.

Com o intuito de subsidiar as ações das equipes de saúde na assistência ao usuário de saúde mental, o Ministério da Saúde propõe a atuação de equipes matriciais que garantem maior segurança para as equipes da ESF e proporcionam tanto uma qualificação significativa dos atendimentos como o aumento da integralidade da atenção¹. Segundo Campos e Nascimento¹⁵, o apoio matricial tem como principais objetivos contribuir para o acolhimento da demanda de saúde mental, construir saberes em conjunto com as equipes da SF, compartilhar responsabilidades e regular o fluxo das demandas, bem como promover a ampliação e a diversificação de ações.

No que tange à integralidade, destaca-se a perspectiva apontada por Mattos¹⁶ que a dimensiona em três sentidos. O primeiro sentido refere-se ao olhar da medicina integral para necessidades que vão além das queixas orgânicas. O segundo sentido diz respeito à organização dos serviços de assistência a saúde. E o terceiro sentido corresponde a perspectiva de integrar ações de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Desse modo, com vistas a compreender o indivíduo em sua integralidade e aprimorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário de saúde mental⁽¹⁾, por meio da viabilização de ações comuns para a vigilância da saúde no

(1). Para fins desta pesquisa definiu-se o usuário de saúde mental como aqueles que têm algum diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais segundo a Classificação Internacional.

âmbito da saúde mental, este trabalho teve como objetivo refletir sobre como os profissionais da ESF realizam o acolhimento ao usuário de saúde mental, partindo-se do entendimento de que o acolhimento não é um “[...] espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções”¹⁷.

Pretendeu-se ainda com este trabalho verificar: a) a existência e utilização de instrumentos que auxiliem os profissionais no acolhimento aos usuários de saúde mental; b) a atuação diante da demanda de prescrições de psicotrópicos, e, se realizam monitoramento na perspectiva de um uso racional; c) as dificuldades encontradas no cuidado deste usuário diante do contexto de vulnerabilidade social; d) como se dá a integralidade na atenção ao usuário da saúde mental; e) e quais as concepções de vigilância da saúde nas ações desenvolvidas em saúde mental.

Método

O estudo foi realizado por profissionais da área de Farmácia, Psicologia e Serviço Social inseridos na Atenção Básica através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que desenvolviam suas ações em um Centro de Saúde (CS) de um município do sul do país.

O referido município tem uma população estimada de 402.346 habitantes. Está dividido administrativamente em cinco Regionais de Saúde, sendo que cada uma

possui sua sede gerencial e organiza-se como instância decisória mais próxima da população usuária. É responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho das equipes de saúde da sua área de abrangência e valoriza as questões locais de saúde.

Seguindo a mesma lógica de descentralização, as equipes de saúde mental (SM) são lotadas na proporção de uma equipe – um psiquiatra e um ou dois psicólogos – por regional. As equipes de SM atuam no modelo de matriciamento, discutem e planejam ações (interconsultas, visitas domiciliares) com as equipes de SF, além de realizarem atendimento específico e acompanhamento individual sempre que há necessidade.

Os indivíduos que necessitam de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial que ultrapassam as possibilidades de intervenção da SF e equipes regionais de SM são acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O estudo foi realizado com dez profissionais de saúde (médicos e/ou enfermeiros), inseridos em equipes de saúde da família, sendo que a amostragem se deu de forma a contemplar duas equipes de cada regional; a entrevista foi realizada com um profissional de cada equipe. Além destes, foi entrevistado um membro da equipe de Coordenação de Saúde Mental do município, no intuito de verificar se a percepção do gestor local está em consonância com a realidade experienciada pelas equipes de saúde da família. Assim, o estudo abrangeu onze profissionais de saúde.

A metodologia escolhida para o estudo

foi de natureza qualitativa. Optou-se em realizar pesquisa de campo do tipo exploratória e a amostra ocorreu por conveniência. Solicitou-se à coordenação de cada regional de saúde que apontasse duas equipes de saúde da família de sua regional, orientados pelo critério de que fossem profissionais que estivessem trabalhando em sua área de abrangência por, no mínimo, um ano.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, que consistiu na elaboração de um roteiro preliminar de perguntas. Para a análise, após a transcrição das entrevistas, utilizouse o método de descrição analítica que consiste essencialmente na operação de codificação, classificação e categorização dos dados¹⁸.

Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, estes foram identificados, ao longo da discussão, por letras que não correspondem ao seu nome, a saber: A, C, E, F, G, L, M, P, S, T e V.

Resultados e discussão

As entrevistas foram agrupadas em nove categorias e serão descritas a seguir:

1. Planejamento em saúde mental

Entende-se, a partir do conceito de vigilância de saúde, que o planejamento em saúde é parte inicial desse processo. Ao referir-se exclusivamente ao usuário de saúde mental, procurou-se saber da existência de planejamento no acolhimento a esse usuário.

Ao serem questionados, alguns

profissionais mencionaram que o planejamento ocorre durante as reuniões de matriciamento, sendo que esta prática é corroborada pela coordenação de saúde mental que afirmou que o planejamento “é uma das premissas do matriciamento”(F). Parte destes relatou que são discutidos casos e planejadas ações também nas reuniões da equipe de saúde da família.

Ressalta-se ainda que houve profissionais que se referiram à ausência de planejamento, mesmo com a prática do matriciamento.

Dessa forma, perceberam-se diferentes interpretações do significado do planejamento. Os que afirmaram realizar planejamento descreveram a programação de ações dirigidas a cada caso e à rotina no acolhimento ao usuário de saúde mental.

Tem o matriciamento em psiquiatria com o médico e o enfermeiro, onde a gente discute cada caso, se vai continuar no atendimento aqui na atenção básica, se vai ser encaminhado para o CAPS, se vai participar de consulta individual ou do grupo (T).

Segundo o PES⁶, a programação é parte do planejamento. Nesse sentido, alguns dos entrevistados que se referiram a não existência de planejamento, mencionaram que realizam apenas consulta individual direcionada à renovação de receitas.

2. Ações desenvolvidas no acolhimento ao usuário da saúde mental

Com relação às ações desenvolvidas para o atendimento aos usuários de saúde

mental dentro da ESF, os profissionais relataram que são realizados: (a) atendimentos individuais por médicos, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras que, juntamente com as visitas domiciliares desenvolvidas pela ESF, constituem-se procedimentos básicos; (b) comumente interconsultas - prática realizada por dois ou mais profissionais, no intuito de ampliar a resolutividade diante da demanda em foco; (c) com frequência encaminhamentos aos psiquiatras de referência da regional e aos CAPS; (d) busca de rede de apoio social e familiar como suporte ao tratamento do usuário; (e) grupos conduzidos pela ESF e/ou pela equipe de Saúde Mental, como grupo de tabagismo, de luto, de acolhimento - triagem - e outros grupos terapêuticos diversos. Ainda foram apontados como recursos complementares ao tratamento os grupos oferecidos pelos CAPS, grupos de atividades físicas em instituições comunitárias e a prática de acupuntura.

Percebeu-se o conhecimento por parte do gestor sobre as ações desenvolvidas pela equipe de SF para o atendimento ao usuário de saúde mental como evidenciado em sua fala: “eles fazem o atendimento individual; fazem os grupos, fazem grupos específicos de saúde mental com e sem a participação de profissional de saúde mental; e fazem visita domiciliar de vários casos”.

3. Conhecimento da demanda de saúde mental

Quando questionados se tinham conhecimento sobre a demanda de SM de sua área de abrangência, profissionais disseram que seu conhecimento se limita aos usuários que são acompanhados por eles ou que

tiveram algum atendimento isolado, o que vai de encontro à idéia de Monken e Barcellos⁶ que defendem o reconhecimento do território como essencial para efetivação da ESF. Referem ainda desconhecer a necessidade de visualizar essa demanda: “[...] como são muitas comorbidades fica difícil selecionar, não sei se teria indicação de fazer isso, eu desconheço separar prontuários ou listagem dos pacientes com algum transtorno de saúde mental” (M).

Observou-se é que cada equipe tem trabalhado com a demanda de saúde mental dentro de suas possibilidades e com o suporte da equipe matricial, sendo o prontuário eletrônico o instrumento ainda mais utilizado por essas equipes.

4. Medicalização por psicotrópicos

Tem-se presenciado uma crescente ação em saúde centrada apenas no medicamento, por buscar nele um modo passivo e talvez mais “cômodo” de se encontrar alívio/cura de seus problemas: “o que eu percebo é que os usuários têm dificuldade em falar dos sentimentos. Pedir só a receita é mais fácil” (V).

Muitos usuários vão somente ao CS quando a medicação está terminando, talvez por entenderem que o medicamento por si só basta. Dessa forma passam a não refletir sobre o seu corpo e todos os fatores que estão imbricados em sua doença, o que vai ao encontro de Ignácio e Nardi¹². Isso foi observado na fala a seguir: “o usuário vem e só quer pegar uma receitinha porque já venceu, porque acabou os remédios” (G).

Soma-se a isso a conduta dos

profissionais de limitar sua prática, muitas vezes, à medicalização dos usuários em sofrimento: “usuários já chegam com trezentos mil remédios, com trezentos mil problemas, é muita gente com depressão. Para cada cinco pacientes dois tomam fluxetina” (C).

O CIT/SC tem registrado um aumento nas tentativas de suicídio pelo uso de medicamentos, sendo antidepressivos e benzodiazepínicos as classes que mais tem causado intoxicação¹⁴.

Com o intuito de minimizar esses problemas, as equipes de SF têm buscado meios de trabalhar com esses usuários, de forma a lhes garantir sucesso no tratamento e resguardar a sua vida, segundo a coordenação de SM: “o que se tende a fazer é uma prescrição supervisionada, que ou a gente vai lá e entrega a dose ou é supervisionado pela equipe de enfermagem na unidade, e a mesma coisa no CAPS” (F).

Alguns profissionais têm recorrido aos psiquiatras da rede nos casos mais complexos, visando sanar dúvidas com relação à medicação a ser prescrita aos usuários com ideação suicida e/ou realizar interconsulta.

5. Vulnerabilidade social e sua interface com a saúde mental

Através das entrevistas com os profissionais, observou-se que a realidade social em que estão imersas as famílias assistidas pelas equipes de SF por motivo de saúde mental, é permeada por múltiplas expressões da questão social, que se materializa como mazelas sociais,

resultantes do perverso sistema capitalista que se presencia na atual conjuntura.

No tocante à relação do usuário de saúde mental com a vulnerabilidade social constatou-se, a partir das afirmações dos profissionais, que as condições de vulnerabilidade nas quais os usuários estão submetidos tem implicação diretamente no desenvolvimento do trabalho das equipes de SF e, conseqüentemente, no tratamento/acompanhamento dos mesmos. A falta de recursos econômicos acarreta, muitas vezes, o não acesso a outros níveis de complexidade do sistema pelo fato do usuário não poder custear o transporte coletivo; implica também o não acesso a medicamentos não disponibilizados na rede municipal. Outro fator que reflete no tratamento é a falta de condições materiais e/ou de natureza pessoal da família para atuar como co-responsável na recuperação de seu membro receptor de cuidados em saúde mental.

Os entraves gerados pela condição de vulnerabilidade ficam explícitos na fala do gestor de saúde mental:

“[...] a falta de recursos, a pessoa não ter o que comer, aonde viver; [...] Não tem pra onde encaminhar essa pessoa, que geralmente não tem emprego. Por vezes ao sair de uma internação não tem um local pra ir, a família já não quer mais, e que instituição vai dar conta disso?” (F).

Percebe-se que as situações de vulnerabilidade social vão de encontro ao trabalho realizado pelas equipes.

O contexto comunitário, muitas vezes

permeado pela violência e tráfico de drogas, também foi apontado como um dificultador para a adesão do usuário ao tratamento: “A questão do tráfico, onde, às vezes, a pessoa [o usuário] tem envolvimento e toda a violência que está ao redor [...] acaba dificultando e faz com que seja mais difícil a pessoa melhorar e retornar às atividades” (T).

É interessante pontuar ainda a observação feita pela coordenação de saúde mental, a qual se referiu “que na maioria dos casos a questão do transtorno mental e a vulnerabilidade social são indissociáveis” (F).

A relação entre saúde mental e vulnerabilidade social sugere ser bidimensional, uma vez que a situação de vulnerabilidade pode contribuir para o surgimento do adoecimento psíquico⁹, bem como dificultar o tratamento/acompanhamento do usuário de saúde mental.

6. A Integralidade no acolhimento ao usuário de saúde mental

Pautados no segundo sentido da integralidade apontado por Mattos¹⁶, os profissionais afirmaram que a implementação do sistema informatizado na AB facilitou o acesso às informações sobre as ações realizadas por outros profissionais. Isso contribui para o acolhimento ao usuário de saúde mental, uma vez que pode reduzir a duplicação de intervenções e colaborar para o monitoramento de práticas efetuadas paralelamente, bem como para um olhar ampliado sobre o usuário.

A maioria das unidades já é informatizada, então mesmo que o usuário seja atendido a nível central [policlínica] [...],

o profissional que está atendendo ele lá tem acesso ao atendimento dele com o registro do profissional daqui (P).

Além disso, tanto a coordenação de saúde mental quanto os profissionais da ESF relataram perceber melhora no que tange à integralidade a partir da implementação da prática do matriciamento. Os profissionais da ESF passaram a contar com a co-responsabilização por parte da equipe de SM na assistência aos usuários de saúde mental, não mais havendo simples transferência de responsabilidade para especialistas, o que corrobora a idéia de Campos e Nascimento¹⁵, bem como Lyra¹ e está explicitado na fala a seguir: “Com o matriciamento melhorou bastante porque antes as pessoas eram encaminhadas direto para o psiquiatra só que elas não tinham a garantia de que iriam ser atendidas [...] então hoje em dia a gente consegue priorizar esses atendimentos, ver na verdade o que precisa ser encaminhado direto pro psiquiatra com mais urgência e o que são casos que a gente na atenção básica pode atender” (T).

Por outro lado, apontaram como um dificultador para a prática da integralidade o acesso restrito ao hospital psiquiátrico de referência, situado em município vizinho. Há um número limitado de vagas para os usuários que necessitavam de cuidados mais intensivos, assim como pela falta de co-responsabilização dos profissionais daquela instituição. Referiram-se não haver uma interlocução entre o serviço de internação com a equipe de SF, apesar de estes buscarem interagir com os primeiros. “Internação psiquiátrica é muito complicado porque o hospital “X” tem pouca vaga, então se precisa internar um paciente é

muito difícil” (S).

Os profissionais acrescentaram concepções diversas sobre os CAPS, uns afirmando que têm fácil acesso para encaminhar os usuários: “sempre que eu ligo lá o pessoal aceita, pede pra ir no acolhimento” (L).

Outros relataram encontrar dificuldades para efetuar encaminhamentos dos usuários: “[...] não sei se pela falta de vagas, espaço, de profissional, mas, muitos pacientes que vão ao CAPS não conseguem ter o seu acompanhamento lá” (T).

Os profissionais mencionaram ainda que a falta de serviços de urgências psiquiátricas no município atravancam a completude da integralidade. “Não existe nenhum serviço de urgência e emergência psiquiátrica aqui no município. Tem que ser encaminhado para o “X”, que muitos não conseguem ir” (T).

7. Concepções de matriciamento

Os profissionais apresentaram diferentes percepções acerca do matriciamento. Alguns mencionaram pontos negativos de sua prática como: (a) a centralização do matriciamento na figura do médico de família, enquanto percebe-se a necessidade de ampliar para toda equipe; (b) estar voltado apenas para a demanda com fins de consulta e medicação; (c) poucos momentos de discussão, não restando tempo para conversar sobre outras ações no âmbito da saúde mental; (d) a sobrecarga da equipe de SF por ter que responder também aos casos graves. Tais colocações podem ser exemplificadas, respectivamente, com as falas a seguir: “O que eu vejo de consultas, o paciente sair só com

a receita, sem um outro trabalho junto com a psicologia, eu não vejo tanto avanço” (V); “[...] se tiver mais dias para o matriciamento este poderia contribuir com a vigilância, porque ninguém vai deixar de atender um paciente pra estar fazendo prevenção” (G).

Serve mais como empurrar pro médico da família pra fazer todo o atendimento psiquiátrico e daí o psiquiatra só vem pra ver as dúvidas, mas no fim os casos moderados a graves está com a gente e isso está criando uma demanda que a gente não está dando conta [...] a gente não tem preparo pra atender paciente grave (C).

Em contrapartida, foram citadas experiências positivas de matriciamento, como: (a) forma de capacitação contínua; (b) suporte para o tratamento, o qual pode ser acionado a qualquer momento, principalmente em casos de urgência; (c) facilitador para a co-responsabilização e a contra-referência dos casos atendidos, podendo ser visto como elemento constitutivo da integralidade; (d) possibilidade de colaborar no processo de vigilância da saúde. Tais experiências vão ao encontro dos objetivos do matriciamento propostos por Campos e Nascimento¹⁵.

A possibilidade de discutir com o psiquiatra o caso, de fazer interconsulta, do psiquiatra fazer consulta domiciliar é muito bom. Ele tem um comprometimento com a equipe, com a proposta, com os pacientes da área (P).

Ressalta-se que o gestor de saúde mental entende que no matriciamento deveria ser feito o planejamento, porém o que se percebe

na prática é que esse espaço fica limitado na discussão de caso em decorrência da demanda.

8. Concepções de vigilância da saúde e ações em saúde mental

Compreender qual o entendimento dos profissionais sobre o conceito de vigilância da saúde precedeu o questionamento a respeito da existência ou não de ações de vigilância da saúde no âmbito da saúde mental. Baseado no conceito de vigilância da saúde⁶ percebeu-se um entendimento equivocado da temática descrito por alguns dos entrevistados: “É uma instituição da secretaria que acompanha os casos” (G).

Os demais aludiram de forma mais coerente ao conceito, descrevendo de diferentes formas: “Eu acho que é um conjunto de ações onde se pensa a princípio a promoção da saúde e também a prevenção de doenças” (T).

É uma atitude da equipe, da rede de não só ficar dependendo da demanda espontânea. Desenvolver atividades de promoção, prevenção da saúde. Ter um olhar às questões epidemiológicas, às particularidades locais, ao saneamento local, enfim, às condições de saúde, ao diagnóstico da comunidade e poder a partir disso tomar atitudes pró-ativas pra buscar a promoção de saúde das pessoas (P).

Sucintamente, o conceito de vigilância para os profissionais envolveu: (a) identificação e avaliação do risco de adoecer; (b) monitoramento através do acompanhamento; (c) conjunto de ações de prevenção e promoção; (d) cuidado do doente

e do saudável; (e) cuidado inserido no contexto familiar e comunitário; (f) Atitudes pró-ativas em busca da promoção da saúde; (g) apresentação de marcadores (fornecer dados) para a ação; (h) órgão da secretaria municipal de saúde.

Fundamentados nesses conceitos, verificou-se que alguns entrevistados relataram não realizar ações de vigilância da saúde no âmbito da saúde mental. Na concepção da coordenação de saúde mental, para que esta possa ser realizada é preciso ter “marcadores e indicadores” que o município não tem, porém: “[...] isso pode ser construído, por exemplo, através do agente comunitário porque é uma maneira de começar a detectar isso” (F).

Os demais profissionais relataram que realizaram ações de vigilância no âmbito da saúde mental. Destes, alguns consideraram que estas ações ocorriam a partir do matriciamento. Contudo, em sua maioria reforçaram que essas práticas eram ainda escassas e estavam em construção:

“É feito, mas pouco, a gente deveria ter um suporte maior [...] acho que nós precisamos também passar por uma reciclagem. Os nossos agentes de saúde que estão lá nas casas dos pacientes também precisariam de um treinamento, pra que saibam informar quando o paciente está em crise” (A).

9. A percepção dos profissionais diante da demanda de saúde mental

Alguns profissionais afirmaram que se sentiam mais seguros para atuarem no campo da saúde mental após participarem do curso

de capacitação promovido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Percebiam o apoio da equipe matricial como fundamental para se sentir seguro e instrumentalizado diante do atendimento a referida demanda, concordando com o apontado por Lyra¹.

A gente fez o curso, abriu a nossa visão, e com o matriciamento também a gente está a cada dia se capacitando um pouco, mas, a gente sempre vai ter dúvidas. Uma coisa que deixa a gente mais tranquila é que a gente tem com quem discutir (A).

Alguns entrevistados se definiram como resolutivos também devido ao suporte do matriciamento:

Hoje mais resolutivo, antes a pessoa vinha e a gente não sabia como lidar, tinha que tratar com o psiquiatra ou tinha que tratar com o psicólogo, hoje não, hoje a gente consegue ter um acompanhamento melhor e uma resolutividade bem melhor também (E).

Contudo, houve aqueles que se consideravam sobrecarregados: “três meses num mês ainda é pouco pra quantidade de pacientes que a gente tem” (S). Outros se achavam totalmente despreparados para prestar assistência aos usuários de saúde mental e, por conseguinte não se sentem instrumentalizados, o que também é mencionado por Fortes¹¹. “Totalmente despreparada, porque até agora eu não fiz nenhum curso para me preparar pra isso, eu sou médica da família, eu não sou psiquiatra” (C).

Assim, por meio das falas dos pesquisados constatou-se a relevância de cursos de capacitação e do matriciamento para a atuação com os usuários de saúde mental no âmbito da AB, uma vez que atrelam esses mecanismos de suporte como forma de garantir a segurança profissional bem como a instrumentalização necessária frente à referida demanda.

Considerações finais

O estudo analisou questões como o planejamento das ações em saúde mental, prescrição de psicotrópicos, dificuldades em meio a um contexto de vulnerabilidade social, a integralidade na atenção a esse usuário e possibilidades de ações de vigilância da saúde no âmbito da saúde mental. Este conjunto de elementos permitiu identificar de maneira ampla como se dá o acolhimento ao usuário de saúde mental por profissionais da ESF no município estudado.

O matriciamento em saúde mental e a informatização do sistema na atenção básica foram apontados pelos profissionais como meios de contribuir para a efetivação da integralidade da assistência. Por outro lado, como entraves para a prática da integralidade, enfatiza-se a ausência de serviços para a absorção de urgências psiquiátricas, a excessiva medicalização e a falta de inúmeros recursos, o que dificulta o acesso do usuário ao tratamento adequado.

Ainda com relação ao matriciamento, verificou-se que é um espaço potencial para o planejamento em saúde mental podendo

ser aprimorado para além da programação de ações, orientação/prescrição de psicotrópicos e dúvidas diagnósticas. Essa ressignificação do matriciamento possibilitaria melhorar a estruturação do serviço, permitindo práticas que transcendam o atendimento individual para ações de vigilância e de promoção da saúde, que podem ser construídas a partir do conhecimento do território e da respectiva demanda em saúde mental.

No entanto, os profissionais mostraram pouco domínio a respeito de quem são os usuários de saúde mental de sua área de abrangência.

Além disso, observou-se um uso “abusivo” de prescrição de psicotrópicos, bem como a necessidade de um maior controle de renovações dos medicamentos.

Essa situação é, possivelmente, reflexo da dinâmica do serviço, na qual a magnitude da demanda contribui trazendo como implicação um reduzido espaço de reflexão dos profissionais sobre a sua prática.

Quanto à situação de vulnerabilidade social, ressalta-se que esta tende a potencializar o sofrimento causado pela condição de saúde mental dos usuários, além de interferir negativamente no desenvolvimento do trabalho das equipes de SF. Frente a isso, se percebe a necessidade de oferta de políticas sociais públicas que atuem como coadjuvantes nas ações de saúde mental no âmbito do SUS.

Constatou-se também a importância de cursos de capacitação que ampliem o olhar dos profissionais para a complexidade da

prática em saúde mental. A capacitação aliada ao matriciamento contribuem para maior segurança e instrumentalização do profissional no acolhimento ao usuário de saúde mental.

Em relação à gestão de saúde mental do município, observou-se uma postura de coerência no que diz respeito ao conhecimento da realidade de trabalho dos profissionais de saúde, tendo sido identificados aspectos tanto positivos – que contribuem para a estruturação do serviço de saúde mental, quanto obstrutivos - como as dificuldades encontradas para a efetivação do acolhimento ao usuário. Cabe ainda ressaltar que a produção de novos estudos ou pesquisas sobre a temática abordada pode gerar subsídios importantes para o aprimoramento da qualidade do atendimento prestado ao usuário de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Lyra MAA. Desafios da saúde mental na atenção básica. *Cad IPUB*. 2007;13(24):57-66.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília [Internet]. [citado 2008 Jul 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134.
3. 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 Pública*. 2007 Out;23(10):2375-84.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora MS; 2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora MS; 2006.
6. Monken M, Barcellos CO. Território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-224.
8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora MS; 2003.
9. Maragno L, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 Ago;22(8):1639-48.
10. Abramovay M, Pinheiro LC. Violencia e vulnerabilidad social. In: Fraerman A, organizadora. *Inclusión Social y Desarrollo: presente y futuro de La Comunidad IberoAmericana*. Madri: Comunica; 2003. p. 161-6.
11. Fortes S. Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil [tese de doutorado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2004.
12. Ignácio VT, Nardi HC. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*. 2007 Set-Dez;19(3):88-95.
13. Bortoletto ME, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999 OutDez;15(4):859-69.
14. CIT/SC: Centro de Informações Toxicológicas de santa Catarina. Estatísticas [internet]. [citado 2008 Out 15]. Disponível em: <http://www.cit.sc.gov.br>.

15. Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. Cad IPUB. 2007 Mar-Abr;13(24):57-66.

16. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p. 39-64.

17. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Editora MS; 2004.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.