

Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil

Mental health care practices in primary health care: an analysis based on experiences developed in Florianópolis, Brazil

Raquel Valiente Frosi ¹
Charles Dalcanale Tesser ¹

Abstract *This article analyzes mental health care practices in primary health care (PHC) in the city of Florianópolis, which were based on proposals by Abilio Costa-Rosa regarding the asylum-psychiatric and psychosocial modes of care. The methods involved the following: a) the contextualization of the empirical field with documental analysis and interviews with managers; b) mapping interventions through interviews with professionals from nine selected Family Health Teams (ESF); c) deepening the understanding about these actions through observations and interviews with professionals and 20 case studies, which were systematized in accordance with the flowchart proposed by Merhy through interviews with service users and analysis of records. It was identified that the actions aimed at access and monitoring of the cases involved the whole team, and that medical and pharmacological treatment was centrally administered. Interventions based on words, socio-communitarian interventions and interventions based on the body were also present, and they showed the potential to operate from a perspective of valuing autonomy and singularity, aspects which are often underused when psychosocial approaches are absent. The need to improve care models and to bring together psychosocial care and PHC is suggested.*

Key words *Primary health care, Mental health, Care practices, Care models, Expanded clinic*

Resumo *Analisou-se um conjunto de práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis, tendo como base a diferenciação proposta por Abílio Costa-Rosa entre os modos asilar-psiquiátrico e de atenção psicossocial. Os métodos envolveram: a) contextualização do campo empírico com a análise documental e entrevistas com gestores; b) mapeamento de intervenções em entrevistas com profissionais de nove equipes de ESF sorteadas; c) aprofundamento do entendimento destas ações em observações e entrevistas com profissionais e em 20 estudos de caso, que foram sistematizados conforme o fluxograma proposto por Merhy, por meio de entrevistas com usuários e análise dos prontuários. Identificou-se que ações voltadas ao acesso e monitoramento dos casos envolviam toda a equipe e que o acompanhamento era centralmente médico e farmacológico. Ações estruturadas a partir da palavra, do contexto sociocomunitário e do corpo também estiveram presentes e mostraram potencial para operar em uma perspectiva de valorização da autonomia e singularidade, estando, muitas vezes, subutilizadas pela falta de incorporação da abordagem psicossocial. Aponta-se a necessidade de avançar no modelo de atenção e na aproximação entre atenção psicossocial e APS.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde mental, Práticas assistenciais, Modelos assistenciais, Clínica ampliada*

¹ Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário CCS, Trindade, 88040-900 Florianópolis SC Brasil. raquelfrosi@yahoo.com.br

Introdução

Os autores que têm debatido a aproximação entre saúde mental e atenção primária à saúde (APS) assinalam a compatibilidade epistemológica e política das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, porém não se furtam de apresentar os desafios emergentes neste processo, incluída a operação da atenção¹⁻⁴.

Estudos anteriores acerca das práticas assistenciais em saúde mental na APS apontam para realização de ações de identificação de demandas (contando com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde — ACS), acolhimento e diagnóstico⁵⁻⁷; tendência de se ver saúde mental como saber especializado, o que se dirige à corresponsabilização com a implantação do matriciamento^{5,6,8}; predomínio de tratamento medicamentoso, ou de outras intervenções biomédicas^{6,8,9}; realização de escuta e orientações, que, muitas vezes, não são percebidas como intervenção pelos próprios profissionais^{7,8}, ou realização de ações improvisadas⁹; tentativa de desenvolver o projeto terapêutico em atendimentos individuais e visitas domiciliares, com baixa cobertura assistencial⁵; encaminhamento dos casos, com frequência para urgências em função de crises^{5,7,9}. Tais pesquisas constataam a escassez, ou ausência, de ações que utilizam os recursos comunitários^{5,6}, mas enfatizam que diretrizes e conceitos cruciais ao funcionamento da própria APS — como acolhimento, humanização, qualidade de vida e vínculo — são aberturas à valorização e estruturação do cuidado em saúde mental^{8,9}.

Considerando estes achados, a pesquisa que este artigo sintetiza teve como objetivos: a) descrever práticas assistenciais em saúde mental oferecidas na rede de APS de Florianópolis quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento; b) analisar como estas práticas assistenciais são articuladas para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção produzem; c) situar as práticas nos campos teóricos-técnicos da saúde mental e APS, observando sua relação.

Assumiu-se o entendimento de que práticas assistenciais são atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim¹⁰. Esta definição foi transposta para as noções de doença, cura e tratamento, através da caracterização da biomedicina feita por Camargo Júnior¹¹ e dos eixos de diferenciação entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico, sistematizados por Costa-Rosa¹². Para este autor, o modo asilar-psiquiátrico caracteriza-se por uma definição invariável de doença,

com centralidade na sua determinação orgânica. As medidas de tratamento voltam-se à supressão de sintomas e as terapêuticas são compatíveis com a biomedicina, sendo priorizadas intervenções farmacológicas. Já o modo de atenção psicossocial é caracterizado pela valorização dos fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do processo de adoecer e pela noção de singularidade de cada caso. A “cura” é entendida como um reposicionamento subjetivo e as terapêuticas privilegiadas são as psicoterapias, laborterapias e dispositivos de reintegração sociocultural, ainda que, de acordo com a situação, os medicamentos possam ser utilizados como auxiliares de maior ou menor importância.

Percurso metodológico

Almejando ampliar a capacidade de compreensão do fenômeno em estudo, adotou-se uma perspectiva de triangulação na coleta de dados, com diversificação do material empírico. Assim, além de materiais elaborados pelos pesquisadores especificamente para a pesquisa, valorizou-se a contextualização e a consulta a documentos produzidos no cotidiano do campo investigado¹³. A pesquisa iniciou-se com a leitura de documentos institucionais, por entrevistas com gestores municipais relacionados à saúde mental e à APS e com profissionais de nove equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de centros de saúde distintos, que foram sorteadas de forma a contemplar, proporcionalmente, os distritos sanitários da cidade. Posteriormente, realizou-se estudo aprofundado das práticas assistenciais identificadas por meio de: entrevistas com profissionais envolvidos nas ações (incluídos alguns profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF); observação das mesmas; e sistematização de 20 estudos de caso de participantes destas ações, construídos através do fluxograma de síntese proposto por Merhy¹⁴, com base nas entrevistas com os usuários e da análise de prontuários. A saturação indicou o momento de interrupção da coleta de dados em todas as etapas, estando incluídos no segundo momento do estudo 08 entrevistas com profissionais de diversas áreas e a observação de 6 atividades, totalizando a participação direta de 21 profissionais na pesquisa. Os usuários participantes foram indicados pelos profissionais por serem atendidos com determinada prática assistencial, sorteados dentre listas de casos, ou escolhidos por conveniência, ao serem atendidos no dia em que a pesquisadora encontrava-se no Centro de Saúde (CS).

O estudo, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, adotou o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes, como forma de assegurar a liberdade na participação e estabeleceu estratégias para preservação do sigilo e confidencialidade das informações, aqui destacada a denominação dos participantes por pseudônimos.

De forma compatível com os princípios da pesquisa qualitativa, que exige do pesquisador abertura e flexibilidade para apreensão da realidade¹⁵, com esta composição de dados realizou-se uma descrição e análise das práticas assistenciais, situadas nos debates teóricos do campo da APS e escrutinadas pelas diferenças e tensões entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico. Tomaram-se os eixos vínculo, autonomia e singularidade como pontos de partida para demarcar as diferenças entre os dois modos de atenção em saúde mental, e os atributos acesso, longitudinalidade e integralidade despontaram como mais relevantes para se pensar a relação entre a saúde mental e a APS. Priorizou-se a prospecção de tendências e de pontos de alta densidade, potencializando o debate acerca de caminhos para uma maior aproximação entre APS e atenção psicossocial.

Cabe destacar que o campo de pesquisa foi a APS de Florianópolis, cidade que, segundo o IBGE, tinha estimada a população de 433.158 habitantes, em 2012, e, para qual, o Ministério da Saúde indicava 93% de cobertura de ESF, em agosto do mesmo ano. O matriciamento, que vem sendo implementado desde 2006, era, no período da pesquisa, executado por 12 equipes de NASF, compostas por profissionais de diversas áreas. Partindo do entendimento de que as equipes de referência têm um importante papel no estabelecimento de vínculo com o usuário, na atenção longitudinal e na coordenação do cuidado em rede, e que contam com o suporte das equipes especializadas para o fortalecimento de sua intervenção¹⁶, esta pesquisa enfocou as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF incluindo, a partir destes, as ações realizadas de forma articulada pelos profissionais de NASF. Entende-se que esta análise permite compreender os desafios e avanços alcançados no campo das práticas assistenciais, quando da existência de uma rede que enfoca a consolidação da atenção primária à saúde e do matriciamento.

Resultados

As equipes de ESF, contando com o suporte das equipes de NASF, têm incorporado um conjunto de ações em saúde mental que serão apresentadas neste texto. Estas, no entanto, ainda estão marcadas por uma divisão do trabalho que mantém os profissionais de enfermagem e ACS centralmente voltados ao acesso e monitoramento dos casos enquanto o acompanhamento fica a cargo dos médicos.

Neste artigo, a descrição do que tem sido oferecido como atenção foi sistematizada em 4 eixos relacionados entre si: intervenções farmacológicas, pela palavra, sociocomunitárias e através do corpo. Antecipa-se aqui que estes eixos descritivos fundamentarão 4 outros eixos que retomam a leitura conceitual referida anteriormente, como representado na Figura 1.

Intervenções Farmacológicas

Ao longo da história clínica de praticamente todos os usuários, é a medicação que, de forma contínua, perpassa o tratamento, muitas vezes dissociada de um processo de escuta ou de outras formas de atenção. Esta situação pode ser exemplificada pelo fato de que, embora convidados com base em práticas assistenciais variadas, 17 dos 20 usuários faziam uso de psicotrópico no momento da entrevista. Também pelo caso de Eugênia, que, no momento da pesquisa, passava por acompanhamento médico frequente e sem medicamentos e que afirma: *Nunca me chamou para a conversa e nem encaminhar para a psicologia, nem nada, né? O primeiro médico me falou 'isso é droga', me passou um remédio. Claro, na primeira semana ele me ajudou, mas na segunda ele já não supria a fissura e vontade de beber.*

Quase a totalidade dos CS possui algum fluxo para a *renovação de receitas*, em geral operada no acolhimento de enfermagem. Esta prática, que também tem sido identificada em outros estudos^{2,17}, foi registrada em praticamente todos os prontuários e tendeu a ser mais presente quando há rotatividade ou falta de médicos, ou também conforme vai se estendendo o acompanhamento e alargam-se os intervalos entre as reavaliações. Dado o descontentamento dos profissionais, há algumas mudanças neste procedimento, porém, nem sempre se qualifica o cuidado, podendo acentuar-se seu enfoque administrativo, como quando deixa de haver uma abordagem dos profissionais de enfermagem, que costumam verificar como estão passando os usuários, para

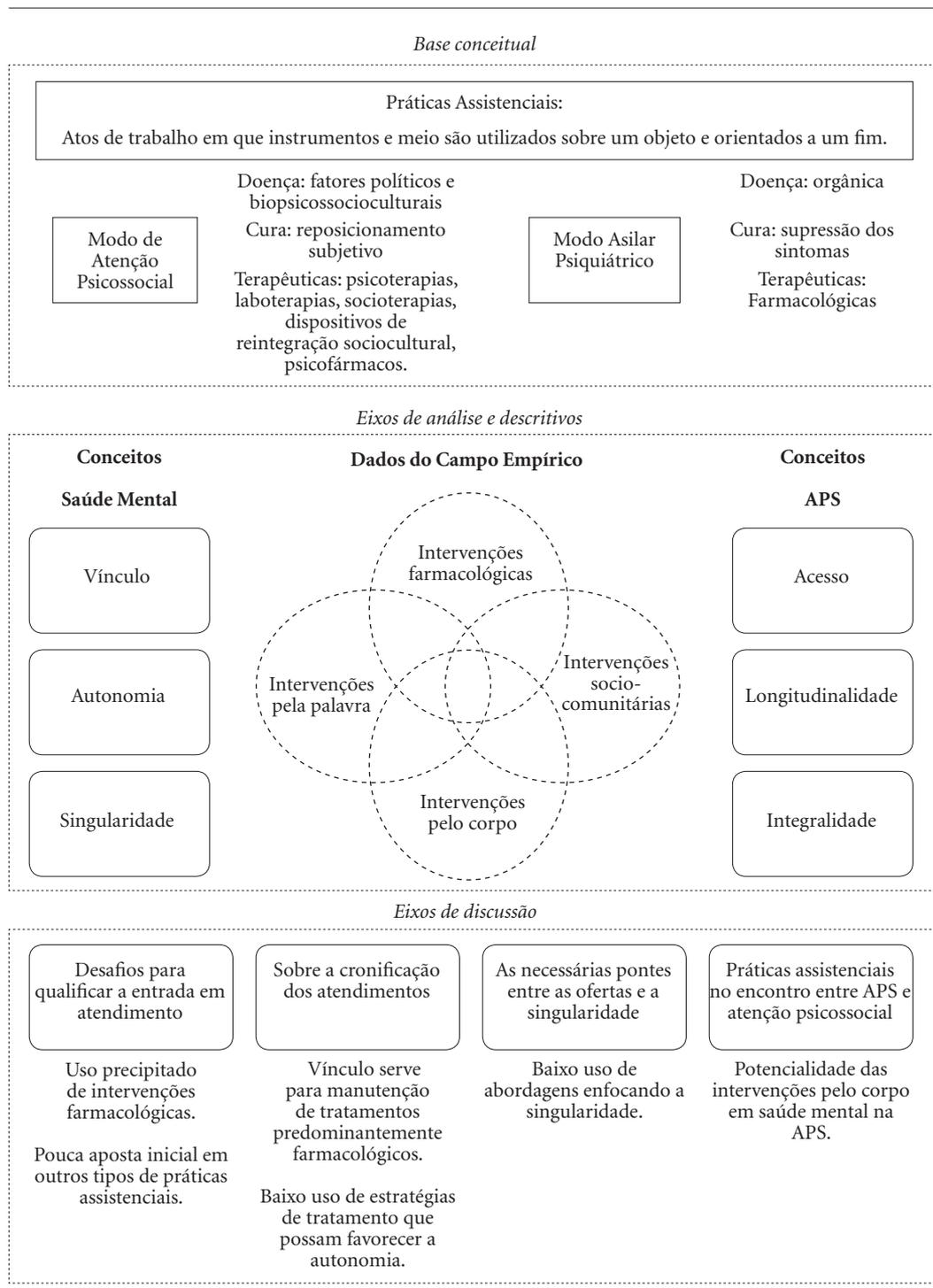


Figura 1. Esquema analítico.

Fonte: dos autores.

fazer-se a renovação de forma direta com a farmácia. Um CS estruturou um grupo com base nas renovações, tendo na equipe de coordenação

o profissional de psiquiatria. Cabe destacar que o matriciamento de psiquiatria esteve associado principalmente às condutas farmacológicas.

Na história destes casos, identifica-se um pronto atendimento medicamentoso, além do não encerramento dos tratamentos farmacológicos, e daí o fato de haver muitos usuários crônicos de psicotrópicos. Alguns profissionais referem tentativas de reavaliação para retirada ou substituição destes medicamentos, inclusive por fitoterápicos, mencionando dificuldades. O caso de Verena é ilustrativo destas dificuldades e da necessidade de singularização nesta proposta. Da análise de seu prontuário/entrevista conclui-se que foi pouco enfatizada sua participação no grupo de ginástica, que atendia seu perfil vaidoso, e não aproveitado seu vínculo forte com a enfermagem no encaminhamento para o grupo de apoio psicológico, feito de forma diretiva por outro profissional. Há maior sucesso na evitação de novas prescrições de ansiolíticos, o que é favorecido pela existência de protocolos clínicos que sustentam esta conduta comedida.

Observada a pouca ênfase, na literatura em APS, sobre as dificuldades com o uso crônico de psicotrópicos, além da tendência de defesa de tratamentos cada vez mais longos, ainda que haja problemas em suas evidências¹⁸, resgata-se a potencialidade da utilização, neste campo, do conceito de *desprescrição*, que tem sido utilizado, em especial no caso de idosos polimedicados, para fomentar uma conduta que reavalie e acompanhe a suspensão de alguns medicamentos¹⁹.

Intervenções pela palavra

Identificou-se um conjunto de estratégias que valorizam a dimensão da subjetividade, dentre essas, o *acolhimento de enfermagem*, que, embora apresente estreita relação com o acesso, com predomínio de encaminhamentos, também pode se construir como um espaço de escuta, inclusive a partir do vínculo existente com a comunidade pelas outras ações desenvolvidas. Esta conduta tem sido reconhecida pelos usuários, como expresso na fala da usuária Dalila: *Aí ela chamou a Dora, que já me levou na outra sala e já conversou comigo [...] acho que até por isso que a minha referência é ela.*

Ainda que os *acompanhamentos médicos* estejam, em geral, centrados na medicação, alguns profissionais propiciam um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento, colocando a intervenção medicamentosa de forma subordinada a uma interpretação subjetiva e favorecendo a adesão a um cuidado não medicamentoso do sofrimento. No prontuário da usuária Guiomar, por exemplo, Gil registra que mesmo que hou-

vesse queixas de aumento da agressividade com um psicotrópico prescrito, não iria alterá-lo por interpretar que havia uma função importante na expressão daquela agressividade.

Observa-se que, além da dimensão de reflexão, as intervenções estruturadas pela palavra tiveram funções de catarse e apoio, sendo a última predominante. A continuidade no processo de escuta parece essencial para garantir-se outro modo de atendimento a estes usuários, contudo, muitas vezes esta abordagem tem ficado restrita a sua chegada, possivelmente por haver, naquele momento, a necessidade de contextualizar diagnósticos para definir tratamentos.

A intervenção pela palavra, como medida sistemática, está depositada nos *grupos de apoio psicológico*, valorizados pela gestão e considerados, por muitos profissionais, como uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico, inclusive por sua acessibilidade, como expresso por Zoé: *Geralmente eu tento resolver o que eu consigo junto com o grupo de apoio psicológico da própria unidade.* Estes grupos estão presentes nas unidades em que há psicólogos no NASE, ou seja, em sete das nove equipes pesquisadas. O *atendimento individual de psicologia* foi identificado como extremamente pontual, o que se mostra pertinente para parte das abordagens, sem abarcar, porém, a necessidade de todos os casos. Neste sentido, o encaminhamento para psicoterapia em ONGs ou centros de formação foi mencionado não só em unidades sem psicólogo, mas também por não se contar com a oferta de atendimento quando necessário.

Intervenções sociocomunitárias

Embora as *abordagens familiares* sejam entendidas como uma potencialidade da ESF e da medicina de família e comunidade (expressiva proporção dos médicos desta rede básica são especialistas, ao contrário do restante do país), estas foram bastante pontuais neste estudo, estando prioritariamente associadas a situações de crise ou de maior gravidade, quando se mostrou necessária uma leitura mais aprofundada da dinâmica familiar. O fato de que outros membros da família são usuários da APS, tendo por vezes vínculo com a ESF, mostrou-se uma potencialidade a ser explorada. O uso de *visitas domiciliares* também esteve associado à abordagem de casos graves e a intervenções familiares.

Os *encaminhamentos para grupos comunitários*, como parte das ações em saúde mental, foram comuns, assim como a utilização de gru-

pos variados da unidade, como de mulheres, caminhada e artesanato. Estes se fizeram presentes voltados ao autocuidado, ocupação do tempo livre e socialização. Há alguma subutilização destas práticas, como na equipe de Pilar, que, apesar de elencar um conjunto de situações nas quais articulou a rede de serviços de referência, teve dificuldade de lembrar algum caso no qual utilizou recursos presentes em sua unidade. Além da necessidade de sua articulação com as demais formas de cuidado, foi identificada a necessidade de uma singularização na construção destas ofertas, situação que, por vezes, é solucionada pelos próprios usuários, conforme se nota na fala de Guilhermina: *Eu faço curso de bordado duas vezes por semana e estava me deixando nervosa, e eu disse 'eu não quero coisa para me deixar irritada, eu quero coisa que me dar prazer'. [...] Gus que falou para mim, 'ocupe o seu tempo', porque eu não sou de parar. Mandou arrumar um namorado. Eu vou achar um velho que quer se aproveitar ainda de mim, que eu tenho um teto para oferecer? Eu fui até dançar, que tinha mandado ir dançar eu e a minha filha, que também distrai e faz um exercício.*

Em uma equipe houve a inserção de casos graves em um grupo de caminhada e em outra a oferta de uma *oficina terapêutica*, ambas envolvendo parcerias entre NASF e ESF. Pensar neste conjunto de usuários é um desafio importante, uma vez que muitos deles não conseguem acessar o CAPS e que ficam com uma oferta terapêutica bastante restrita, como Teodósio, que tentava ir ao CAPS sem sucesso e que passou a se beneficiar da oficina. A ampliação destes recursos para os casos graves nem sempre é reconhecida como possível, conforme a fala da profissional Ema: *é diferente tu combinar isso com uma idosa que está mais tristonha, ou mesmo deprimida, do que tentar fazer uma intervenção deste tipo com esquizofrênico e bipolar grave. Sabe que não tem tantos efeitos, é mais difícil.*

Intervenções pelo Corpo

Há maior autoria das equipes de ESF nas práticas assistenciais que giram em torno da dimensão corporal, como, por exemplo, nas práticas corporais, nas Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e no cuidado clínico.

Dentre as *práticas corporais*, o incentivo à *atividade física* foi bastante presente e transversal ao conjunto de atividades socializantes ou prazerosas propostas aos usuários. Entretanto, em geral, a atividade física não foi explorada dentro do plano de cuidado em saúde mental de forma articu-

lada. Armênia, por exemplo, se debatia com sintomas de ansiedade que lhe faziam comer muito e teve a caminhada prescrita por conta do colesterol, sem que fosse feita uma correlação desta atividade como estratégia para enfrentamento da ansiedade.

Além de ser um ponto de abertura para a chegada de demandas em saúde mental, o *cuidado clínico* mostrou interfaces importantes para a atenção propriamente dita, uma vez que favorece o vínculo e legitimação dos profissionais da APS, tanto por usuários, quanto pelos serviços especializados de saúde mental. Quando a dimensão orgânica se faz presente, parece haver mais desenvoltura para operar a intervenção em saúde mental. A profissional Nívea, por exemplo, referiu um caso que estava em atendimento exclusivamente para o problema psiquiátrico e constata que, ao haver diagnóstico de Hipertensão, se alterou, de forma positiva, toda a dinâmica de cuidado.

Nas entrevistas com os profissionais e posteriormente nos estudos de caso, foram identificados o uso de acupuntura em casos de ansiedade, a realização de auriculoterapia, inclusive de forma articulada ao grupo de apoio psicológico, e também a utilização de fitoterápicos. As intervenções com PICs fazem parte da tentativa de desmedicalizar as práticas das equipes de saúde e denotam um sentido de integração da dimensão física e psíquica. Além disso, indicam uma abertura para um conjunto de intervenções integradas, como no caso do usuário Virgílio, que vinha apresentando alterações cardiovasculares relacionadas à ansiedade e para quem foi proposto de forma associada acupuntura, atendimento psicológico e fisioterapia. Sobre tal atendimento o usuário verbaliza: *Eu estava cheio de dor nas pernas, não podia dormir, melhorei. E uma dor que eu tinha aqui no peito, achava que era o coração, eles fincaram aquelas agulhas, tudo, melhorei bastante [...] aí, eu passei por uma psicóloga e comecei a melhorar [...] é que eu tomo uma fluoxetina de manhã e tomo um clonazepan 2mg de noite, né? Mas ajudou porque eu não... eu gosto de ir pescar e não ia mais pescar com medo. O meu negócio era mesmo medo de conversar com as pessoas, assim, entende. Tudo isso aí me atrapalha [...] tudo mandado por Vik. Aquilo ali me ajudava, né? Porque eu estava ficando meio encarangado das pernas e coisas.* Algumas equipes têm utilizado estas ofertas já na chegada dos casos, derivando dali um novo tipo de acompanhamento, este mais partilhado pelos profissionais das áreas de medicina e enfermagem.

Por fim, em uma análise geral, observou-se que a ampliação das formas de cuidado tem sido

proposta rapidamente nos atendimentos mais recentes, seja de uma forma articulada, o que se mostrou mais efetivo, seja de forma pontual e tangencial. Ainda assim, não foram muito comuns as abordagens que efetivamente invertiram a oferta ao colocarem as intervenções não farmacológicas de forma anterior à prescrição de psicofármacos.

Discussão

Conforme sistematizado na Figura 1, neste estudo emergiram 4 eixos para discussão: a qualificação no acesso, a tendência à cronificação, a importância da singularidade como referência das ofertas terapêuticas e, por fim, o corpo como marco para a clínica psicossocial da APS.

Desafios para qualificar a entrada em atendimento

Reconhecido o papel das equipes da ESF na abordagem inicial para os diversos tipos de adoecimento e sofrimento¹⁸, parece ser necessária uma maior capacidade de suspensão da abordagem do sofrimento psíquico como doença e da pronta oferta de medicamentos. Isso ocorre mesmo que haja um recurso – que deveria ser fortemente difundido no campo da APS – que é a demora permitida ou *watchful waiting*²⁰. No campo do sofrimento psíquico, este não serviria para uma avaliação da remissão do quadro de forma espontânea, ou para o delineamento mais nítido do quadro sintomático, como é comum na clínica biomédica do “corpo”, mas, principalmente, para avaliar-se o efeito de medidas não farmacológicas.

A dificuldade com este processo não parece estar atrelada somente ao fato de que as equipes não fazem outras ofertas de cuidado, mas, sobretudo, à possibilidade de apostarem em seus efeitos, inclusive de modo alternativo e prévio às intervenções farmacológicas. Uma mudança envolveria abarcar de forma mais sistemática e integrada, e desde o início dos acompanhamentos, um conjunto de outras intervenções, singularizando-as e analisando seus efeitos de forma continuada.

Salienta-se que existe uma gama de situações em que os sofrimentos físico e psíquico apresentam-se de forma articulada e que o enfrentamento integrado de problemas como dores, insônia, ganho de peso, através de recursos como grupos de emagrecimento ou de atividade física, PICs, dentre outros, também é importante para au-

mentar a resolubilidade das equipes, para além das soluções farmacológicas.

Sobre a cronificação dos atendimentos

Observou-se que há uma subutilização do acompanhamento longitudinal dos usuários e do vínculo com objetivo de sustentar tratamentos não farmacológicos e que, paradoxalmente, a intervenção psicofarmacológica acaba por se estender ao longo do tempo, deixando sem interrupção tratamentos que teriam um tempo delimitado^{21,22}. Assim, a APS acaba tendo que agir sobre um conjunto de sofrimentos e tratamentos cronificados. Este fenômeno possivelmente é naturalizado como se fosse uma extensão de abordagens consolidadas para doenças ou condições crônicas como Hipertensão e Diabetes, nas quais o cuidado fundamenta-se em uma conduta farmacológica permanente, os medicamentos de “uso contínuo”.

Ressalva-se que, ainda que se considere um tempo por vezes prolongado de cuidados, se comparados a outras condições de saúde, e mesmo a possibilidade de novos episódios na vida, se espera que os usuários com demandas de saúde mental passem por intervenções de cuidado que favoreçam a superação de suas dificuldades, que, em princípio, não justificariam a manutenção de tratamentos permanentes. Têm-se como exceção os transtornos severos e persistentes, que também deveriam ser abordados com incremento das ofertas assistenciais que favorecem o desenvolvimento da autonomia.

Uma das analogias que parece adequada para pensar o cuidado em saúde mental na APS, evidentemente como abstração e com limitação, dada a grande diferença no campo das materialidades e de modelos explicativos, são as doenças osteomusculares. Embora demandem intervenções diversificadas e bastante sistemáticas, como a fisioterapia ou atividade física orientada, estes quadros apresentam significativas mudanças, em especial para aqueles usuários que sejam envolvidos neste espaço de cuidado e que consigam suporte para alterar algumas situações que tendem a reproduzir seu sofrimento.

Sendo assim, retoma-se a importância de que sejam resgatados na APS recursos capazes de atuar a favor da reorganização do cuidado, como a singularização dos planos de atenção e a construção de intervenções compartilhadas pelas equipes, incluída sua permanente avaliação, o que tem se convencionado, na saúde coletiva brasileira, chamar de projeto terapêutico singular, que

não foi identificado como uma estratégia efetivamente utilizada nas equipes. Tal ferramenta pode ser bastante relevante como uma forma de reorganizar os registros dos casos, o que é essencial para enfrentamento dos efeitos gerados pela rotatividade dos profissionais na continuidade da atenção.

As necessárias pontes entre as ofertas e a singularidade

A valorização do sujeito, em sua dimensão singularizada, é central para possibilitar uma distinção do modo psicossocial, que não almeja o tamponamento dos sintomas¹² – menos ainda de forma permanente, como quando se medica de forma preventiva – e sim propiciar que o próprio sujeito deste sintoma recoloque-o a favor da sua transformação singular^{12,23}. É justamente este enfoque, que se mostrou bastante deficitário nas práticas das equipes, que possibilitaria uma condução articulada entre as ofertas de cuidado e a escuta, inclusive quanto aos fármacos, que seriam opção quando o sintoma impede o processo de transformação.

A falta de contato com o arcabouço teórico-técnico da atenção psicossocial, em especial com sua clínica, parece ter como efeito o não avançar de algumas formas de cuidado disponíveis. As contribuições desta perspectiva poderiam fortalecer uma reapropriação do cuidado através do vínculo, que, pelo que se pode observar nesta pesquisa, embora bastante presente na APS, nem sempre é incorporado de forma operativa para um cuidado em saúde mental transformado.

A presença de uma abordagem centrada na pessoa, com valorização da indissociabilidade entre físico e psíquico, e uma compreensão da dinâmica familiar e social, assim como a noção de acolhimento, deixam abertura, na APS, a um cuidado articulado pela escuta na direção da abordagem psicossocial. É justamente nestas ancoragens que, por vezes, desponta a adoção de medicamentos de forma cautelosa, ou subordinada à singularidade do caso e o uso de intervenções mais diversificadas, que incluem um acompanhamento mais sistemático e vincular. Estas ações se mostraram como potencial de alternatividade, ou pelo menos complementaridade e compensação necessária ao predominante tamponamento de sintomas pela via química, de tendência cronicizante.

Práticas assistenciais no encontro entre APS e atenção psicossocial

A reforma psiquiátrica diversificou as práticas terapêuticas, tomando a arte e a cultura como formas de propiciar uma expressão e reconstrução subjetiva, inclusive através do laço social. O corpo faz-se presente pela dança e pelo teatro e, por vezes, pelo esporte²⁴. As intervenções de saúde mental na APS parecem contar mais com o corporal para sua ampliação, possivelmente pela composição de seu campo de saber e pelas expectativas que se fazem sobre sua atuação. Assim, neste estudo foi identificado que as intervenções para abordar outras condições clínicas, as práticas corporais, dentre estas principalmente a atividade física, mas também as PICs, mostram-se como possibilidades para complexificar o cuidado em saúde mental, mesmo para casos mais graves.

Considerada a massiva oferta de medicamentos psicotrópicos, as PICs, ainda muito distantes da saúde mental, têm se colocado como uma alternativa, uma vez que, em geral, a abordagem clínica que sustenta estas práticas valoriza a corporeidade como forma de expressão da dimensão subjetiva. Há uma preocupação em atender-se à demanda de supressão dos sintomas a partir de medidas que também são vinculares, sem deixar de remeter os sujeitos a uma implicação com sua condição de saúde, justificando-se, neste sentido, certo estatuto desmedicalizante que as ampara²⁵.

Deve-se atentar para a diferenciação entre a concepção de saúde física que é valorizada aqui como potência, daquela que, por sua visão restrita, deslegitima o campo da escuta e da subjetividade, haja vista que, como nos aponta Lucchese et al.⁹, a saúde física que emerge como categoria biomédica não só privilegia o corpo e a doença, mas igualmente subordina e ordena a saúde mental. Assim, ainda que a própria *expertise* dos profissionais da saúde mostre-se potente para estruturação de um conjunto mais diversificado de ações, é fundamental que se valorize também ofertas terapêuticas livres desta reconhecida função, como aquelas amparadas na expressão, na socialização lúdica, dentre outras, reafirmando sua capacidade de colocar em pauta um cuidado não prescritor.

Considerações Finais

Identificou-se, neste estudo, uma importante atuação das equipes de ESF no acesso e monitoramento dos casos, com ênfase no tratamento farmacológico continuado, acompanhada de dificuldades de realizarem-se ações de atenção que valorizam a singularidade e o desenvolvimento da autonomia, referências que estruturam diferenças entre os modos de atenção psicossocial e asilar-psiquiátrico¹². Assim, as práticas assistenciais acabam sendo afeitas a uma noção de cuidado similar à da psiquiatria comunitária ou preventiva, que teve sua importância na (pré) história da reforma psiquiátrica brasileira por tornar-se o primeiro espaço de oferta de atenção não manicomial, incorporando o cuidado sistemático e antecipado como uma forma de evitar internações psiquiátricas. Tal modelo foi posteriormente considerado limitado, por não questionar a forma como o saber psiquiátrico objetificava o sofrimento/loucura e por suas consequências medicalizantes^{26,27}. Cabe-nos resgatar os apontamentos feitos por Mondoni e Costa-Rosa²⁸ em estudo realizado no Estado de São Paulo, no qual constataram que o modo de atenção psicossocial coexiste com influências da psiquiatria tradicional e da psiquiatria preventiva, sendo que esta última, por sua similaridade e proximidade com a reforma psiquiátrica, dificulta o avanço da atenção psicossocial.

Salienta-se que o cuidado em saúde mental orientado por princípios da APS, sob a ênfase nas suas normativas nacionais^{16,29}, mantém uma preocupação com o acolhimento e acompanhamento longitudinal dos casos, mas que seus atributos também sustentam e valorizam ações que têm como eixos centrais o fortalecimento da autonomia e o enfoque na subjetividade, como o incentivo à participação em atividades comunitárias, as PIC e os grupos de apoio. Apesar de existentes, estas intervenções ainda são subutilizadas, justamente por não serem centrais nos processos de atendimento e por não serem exploradas o suficiente, inclusive quanto à singularização, o que dependeria também de maior ancoragem psicossocial para as práticas realizadas.

Portanto, recomenda-se àqueles que estão envolvidos na transformação da atenção em saúde mental na APS que seja propagada a utilização do trabalho com projetos terapêuticos singulares^{30,31}, buscando-se priorizar, desde a chegada dos casos, o uso de estratégias não farmacológicas de tratamento. Também que seja entendida de forma mais abrangente a atuação do conjunto das equipes da ESF, em especial dos profissionais de enfermagem e ACS, e que seja garantido o acompanhamento articulado por especialistas para os casos em que este efetivamente se faça necessário. Propõe-se ainda que sejam incrementadas ações que possibilitem interferir no processo de cronificação dos tratamentos farmacológicos, monitorando os períodos de utilização de medicamentos e empoderando os usuários em seu tratamento, tendo como exemplo os Grupos de Gestão Autônoma de Medicamentos³².

Esta pesquisa reafirma o entendimento de que é preciso explorar características da própria APS na sua aproximação com o modelo da atenção psicossocial, mas também identifica que é preciso fortalecer, neste campo, o contato com a produção acumulada da atenção psicossocial, que, por vezes, ficou restrita aos serviços especializados, o que não foi transformado, até o momento, apesar da implantação do matriciamento. Este distanciamento entre atenção psicossocial e o campo da APS já foi apontado em outros estudos^{1,4} e pode ser também observado em referências bibliográficas importantes para os profissionais de APS, ou mesmo de matriciamento^{33,34}. Sugere-se, portanto, que este modelo de atenção seja objeto de intervenções no campo da formação e educação permanente deste conjunto de profissionais. Destaca-se aqui que há diversos pontos a serem explorados e desenvolvidos na relação entre atenção psicossocial e APS, como, por exemplo, quanto à crítica às intervenções medicalizantes em saúde mental e suas interfaces com o debate que vem sendo feito na APS, a partir do conceito de prevenção quaternária³⁵, ou ainda quanto à aproximação entre corpo e subjetividade, que emergiu neste estudo com um potente encontro entre estes campos.

Colaboradores

RV Frosi e CD Tesser participaram conjuntamente da concepção a redação final deste artigo.

Referências

1. 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 Saude Publica* 2007; 23(10):2375-2384.
2. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc.* 2009; 18(1):63-74.
3. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):51-64.
4. Tesser CD, Teixeira BC. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate* 2011; 35(88):83-95.
5. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2008; 29(4):573-580.
6. Baroni DPM, Fontana LM. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental* 2009; 7(12):15-37.
7. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis* 2011; 21(2):541-560.
8. Buchele F, Laurindo D, Borges V, Coelho E. A interface da saúde coletiva na atenção básica. *Cogitare Enfermagem* 2006; 11(3):226-233.
9. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):2033-2042.
10. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. *Cadernos Cefor PMSP/SMS-SP* 1992; 1.
11. Camargo Junior KR. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
12. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
13. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992.
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
17. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4643-4652.
18. Poli-Neto P. *Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
19. Gavilán-Moral E, Barroso AV, Gracia LJ. Como desprescrever medicamentos. In: Gusso G, Lopes JM, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 828-835.
20. Kloetzl K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 131-142.
21. Fleck MPA. Depressão. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 874-884.
22. Osório CMS, Abreu PB, Gama CS, Lobato MI. Psicoses. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 885-896.
23. Costa-Rosa A. *Operadores fundamentais da atenção psicossocial: Contribuições a uma crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. 2011 [tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2011.
24. Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):281-298.
25. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):914-920.
26. Amarante P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
27. Devera D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Rev Psicologia da UNESP* 2007; 6(1):60-79.
28. Mondoni D, Costa-Rosa A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psic.: Teor.e Pesq* 2010; 26(1):39-47.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 março.
30. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Miranda Junior H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-198.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: MS; 2004.
32. Del Barrio LR, CYR C, Benisty L, Richard P. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2879-2887.
33. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, Fortes S. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
34. Albuquerque MAC, Dias LC. Abordagem em saúde mental pelo médico de família. In: Gusso G, Lopes JM, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 233-240.
35. Jamoulle M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JM, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 205-211.

Artigo apresentado em 20/07/2014

Aprovado em 17/03/2015

Versão final apresentada em 19/03/2015