

**KARIME DA FONSECA PÔRTO**

**ELEMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DAS  
AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa**

CAMPINAS

2012





---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**ELEMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DAS  
AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa**

**Karime da Fonseca Pôrto**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Teresa Onocko  
Campos - UNICAMP

**Campinas, 2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
ROSANA EVANGELISTA PODEROÇO – CRB8/6652  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

P838e Pôrto, Karime da Fonseca, 1972 -  
Elementos para uma política de avaliação das ações  
de saúde mental na atenção primária: contribuições de  
uma pesquisa qualitativa avaliativa / Karime da Fonseca  
Pôrto. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Rosana Onocko Campos.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Avaliação em saúde. 4. Indicadores de saúde mental. I.  
Campos, Rosana Onocko Campos. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Elements for an evaluation policy on mental health initiative in  
primary care: contribution of a qualitative evaluation research.

**Palavra-chave em inglês:**

Mental health

Primary health care

Health evaluation

Mental health indicators

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Rosana Onocko Campos [Orientador]

Gustavo Tenório Cunha

Pedro Gabriel Godinho Delgado

**Data da defesa:** 10-02-2012

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

KARIME DA FONSÊCA PORTO

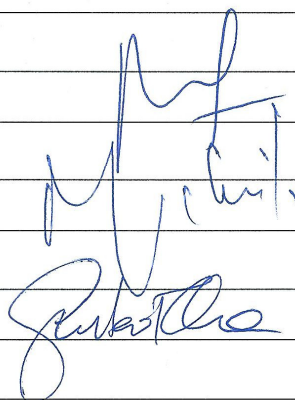
Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos

## Membros:

Professor(a) Doutor(a) Rosana Teresa Onocko Campos

Professor(a) Doutor(a) Pedro Gabriel Godinho Delgado

Professor(a) Doutor(a) Gustavo Tenório Cunha



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10 de Fevereiro de 2012



## AGRADECIMENTOS

Ao Chico, meu marido, amante e companheiro que me ensina, a cada dia, novos sentidos do que é felicidade.

À minha filha, que ainda na barriga da mãe, já faz revoluções no meu modo de pensar a vida.

À minha mãe, pelo apoio e estímulo para fazer o mestrado e pelas boas conversas, afetuosas e encorajadoras.

A meu pai (*in memoriam*) que me ensinou que o mais realista é buscar o impossível.

Aos meus irmãos, que, cada qual à sua maneira, estão presentes em afeto e irmandade.

À Gabriela e Gigi, pela força de amigas-irmãs de toda a vida.

À Catarina, pela amizade plena de afinidades intelectuais e afetivas.

Ao Tato, amigo e companheiro de todas as horas, inteligente e sagaz, sem perder a ternura.

Às colegas Ana Luiza, Tetê e Fabiana pela acolhida e afeto em sua morada em Barão Geraldo, na dor e delícia de todo o processo e das idas e vindas à Campinas.

À Ana Luiza Ferrer, sempre delicada e cuidadosa, pelas trocas ao longo do percurso e pelo imprescindível apoio na realização do meu campo de pesquisa.

À Marina, doce e competente, disposta a ajudar a “estrangeira” sempre que necessário.

Aos colegas do Grupo Interfaces, pela acolhida e boas discussões sobre os desafios da construção do conhecimento de forma participativa.

Às colegas e amigas Milena e Taciane, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, pelo suporte e pela força ao longo desta jornada.

À Fabiane Minozzo, incansável militante da saúde mental na atenção primária, com quem pude compartilhar muitas questões.

Aos professores da pós em Saúde Coletiva, especialmente ao Prof. Gastão Wagner, que sempre nos inspira e nos instiga a fazer um SUS melhor.

Ao Gustavo Tenório pelas contribuições na banca, pelo apoio e reconhecimento do meu trabalho de mestrado.

Ao Pedro Gabriel, pelo aprendizado sobre gestão e política e pela oportunidade de participar da co-construção de sua gestão na Coordenação Nacional de Saúde Mental.

A todos os companheiros e defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira, que pude conhecer em meu percurso profissional, sobretudo aos usuários, que sempre nos mostram novos modos de andar a vida.

Ao Roberto Tykanori, pela sensibilidade nos diálogos e apoio fundamental na reta final do mestrado.

E finalmente, especial agradecimento à minha querida orientadora Rosana Onocko, pelos ensinamentos, paciência, confiança em meu trabalho e pela amizade construída.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TM – Transtornos Mentais

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidades Básicas de Saúde

WONCA – Organização Mundial de Médicos de Família



## RESUMO

A inclusão de ações de saúde mental junto às equipes de Atenção Primária tem importante relevância se considerada a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e a necessidade de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental na rede SUS. Esta tem sido uma prioridade da Política Nacional de Saúde Mental para Atenção Primária do Ministério da Saúde e muitos municípios brasileiros têm experiências consolidadas neste campo. Entretanto, constata-se que a avaliação das ações de saúde mental na atenção primária no SUS ainda estão voltadas para experiências locais e não há estudos sobre estratégias de avaliação de alcance nacional, de forma a apontar as diretrizes das políticas que orientam este campo e as evidências quantitativas e qualitativas que devem orientar as equipes da rede básica. Este estudo visou construir subsídios para uma política de avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na atenção primária, em diálogo com a Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Atenção Primária. A pesquisa se caracteriza como qualitativa avaliativa, com a utilização de diferentes técnicas para coleta de dados: análise documental, revisão narrativa da literatura e a realização de Painel de Especialistas para construção de consensos sobre indicadores e parâmetros de saúde mental para a atenção primária. A partir da análise de documentos da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Atenção Primária, e a partir da revisão da literatura foram identificadas seis categorias de análise, destacadas como relevantes para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária: 1) dimensionamento da demanda de saúde mental; 2) clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental; 3) acesso aos cuidados em saúde mental na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade); 4) arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental; 5) gestão em saúde e saúde mental e 6) formação em saúde mental na atenção primária. Com esta análise foi criada uma matriz com indicadores preliminares de acesso e efetividade dos cuidados em saúde mental na APS, que foram apresentados a um Painel de Especialistas, para a produção de consensos. O painel teve 5 representantes de profissionais de atenção primária e saúde mental, gestores e acadêmicos. Este consenso estabeleceu 32 indicadores quantitativos e qualitativos que abrangem as seis categorias referenciadas, que poderão dar

subsídios aos processos avaliativos realizados desde as equipes de Saúde da Família até os níveis de gestão municipal, estadual e federal.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária, avaliação em saúde, indicadores de saúde mental.

## ABSTRACT

Inclusion of mental health initiatives in the work of family health teams has an important relevance if we consider epidemiological magnitude of mental health disorders and the need of increasing access for mental health care in the Brazilian Public Health System (SUS). This has been a priority of the Brazilian Mental Health Policy for primary care in the Ministry of Health and many Brazilian cities have reliable and positive experiences in this area. Evaluation of mental health initiatives in primary care in the SUS are still focused in local experiences. There is a gap of a nation-wide evaluation strategy in order to point out principles of mental health policies for primary care and to indicate quantitative and qualitative evidence to support decisions taken by primary health. This study aimed at offering elements for an evaluation and monitoring policy on mental health initiatives in primary care taking into consideration the Health Reform, Psychiatric Reform and Primary Care. Different techniques were used in this qualitative evaluation research to collect data: document analysis, narrative literature review, and an expert panel to reach consensus about mental health indicators and parameters for primary care. The Brazilian Mental Health Policy and the Brazilian Primary Health Care Policy were analyzed together with the literature review, and six analysis categories were identified as relevant to evaluate mental health initiatives in primary care. Categories were grouped as: 1) Estimating the needs for mental health; 2) Mental health care in primary care or primary care mental health; 3) Access to mental healthcare in primary care; 4) Organizational arrangements of mental healthcare; 5) Health and mental health management; 6) Mental health education in primary care. Based on the categories, a matrix was developed containing preliminary indicators related to access and effectiveness of mental health care in primary care. This matrix was discussed in an expert panel in order to produce consensus. Five experts were selected representing mental health and primary care professionals, national policymakers and academic researchers. Panellists agreed in 32 quantitative and qualitative indicators covering all six categories predefined. Results can provide elements to evaluation processes to be carried out by family health teams and also by policymakers in different levels.

Keywords: mental health, primary health care, health evaluation, mental health indicators



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO I – SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA – FUNDAMENTOS..</b>	<b>25</b>
1.1. A Psiquiatria em direção à comunidade.....	25
1.2. Reforma Psiquiátrica brasileira: da psiquiatria preventivista à saúde mental comunitária no Brasil.....	31
1.3. Da Medicina geral à Estratégia Saúde da Família.....	34
1.4. Os desafios do SUS para a articulação saúde mental-atenção primária .....	39
1.5. Princípios da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Primária .....	41
1.6. Saúde mental na atenção básica: vínculo e diálogo ainda necessários .....	44
1.7. Hipóteses sobre os obstáculos ao avanço das ações de saúde mental na atenção primária.....	49
<b>CAPÍTULO II – SOBRE OS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO.....</b>	<b>53</b>
2.1. Tradições na avaliação de programas e serviços de saúde .....	53
2.2. Avaliação em saúde – breve histórico .....	55
2.3. As quatro gerações da avaliação .....	57
2.4. Avaliação de programas no Brasil .....	58
2.5. Sobre modelos de avaliação .....	60
2.6. Atributos tradicionais da avaliação em saúde .....	64
2.7. O debate sobre qualidade da avaliação em saúde .....	67

<b>CAPÍTULO III – AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>69</b>
3.1. Avaliação em saúde mental .....	69
3.2. Construção de indicadores: desafios para o campo da saúde mental .....	76
3.3. Os sentidos da avaliação nesta pesquisa .....	78
<b>CAPÍTULO IV – ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>81</b>
4.1. A Hermenêutica crítica como fundamento da pesquisa .....	81
4.2. Breve relato de experiência .....	85
4.3. Pesquisa qualitativa e avaliação participativa .....	87
4.4. Metodologias utilizadas .....	89
<b>CAPÍTULO V – ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>95</b>
5.1. Análise documental .....	95
5.2. Programas e sistemas nacionais de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária .....	115
5.3. Construção das categorias de análise a partir da análise documental e da revisão da literatura.....	125
5.3.1. Dimensionamento da demanda de saúde mental.....	130
5.3.2. Clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental.....	136
5.3.3. Acesso aos cuidados em saúde mental na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade) .....	143
5.3.4. Arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental na atenção primária.....	150
5.3.5. Gestão em saúde e saúde mental .....	156
5.3.6. Formação em saúde mental na atenção primária .....	159



<b>CAPÍTULO VI - SUBSÍDIOS PARA UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>163</b>
6.1. Subsídios das experiências internacionais .....	164
6.2. Matriz para avaliação das ações de saúde mental na atenção primária – indicadores preliminares .....	166
6.3. Resultados do Painel de Especialistas .....	180
6.4. Quadro Resumo dos indicadores de saúde mental para atenção primária aprovados no Painel de Especialistas.....	197
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>203</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>221</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>241</b>



## Introdução

A ampliação do acesso aos serviços de saúde tem sido um importante desafio colocado ao Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, há mais de 30 anos, a Organização Mundial da Saúde preconiza que os sistemas de saúde devem ter como base a atenção primária em saúde (APS). Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, diversos países no mundo se comprometeram no avanço da reorientação do modelo assistencial, a partir da concepção de um sistema de saúde com base na atenção primária. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a atenção primária se constituiu em um das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde (1).

Diversos autores trabalham esta perspectiva da efetividade de um sistema baseado na atenção primária, com maior efetividade e menores custos (2, 3, 4).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) implanta em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia política para organizar as ações de saúde a partir da atenção básica nos municípios. Nesta política, a diretriz é de que a atenção primária deve ser a principal porta de entrada do sistema, a fazer a coordenação dos cuidados em saúde, a organizar as demandas de saúde no território, considerando que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível de atenção (3, 5).

Campos et al. (3) definem algumas diretrizes organizacionais para que a atenção primária cumpra este papel: acolhimento da demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; clínica ampliada e compartilhada (que possa intervir no orgânico, no subjetivo e no social); adoção dos princípios da Saúde Coletiva (ações de prevenção e promoção); participação na gestão (co-gestão).

Segundo Starfield (2), as ações e serviços de saúde (com foco na APS) possuem duas metas: ofertar as melhores práticas - aplicação dos conhecimentos sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde - **e reduzir as iniquidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em maior desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde e de modo também a alcançar um ótimo nível de saúde.**

Como se vê, há uma grande aposta na resolutividade da Atenção Primária, porém, ao mesmo tempo, há uma enorme complexidade no que se apresenta como “básico” ou

“primário”. Sem dúvida, é necessário não só o forte investimento da gestão do SUS, na formulação de políticas públicas que possam dar suporte a esta atenção primária efetiva e de qualidade, como também é necessária uma reorganização no modo de fazer a clínica e a gestão.

A inclusão de ações de saúde mental junto às equipes de Atenção Primária tem importante relevância se considerarmos a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, a necessidade de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental na rede SUS, a transversalidade de suas ações na melhoria da qualidade da atenção em saúde em geral e a vinculação visceral dos problemas de saúde mental com os determinantes sociais da saúde (6, 7, 8).

Pode-se constatar que Atenção Primária atua com princípios comuns à Saúde Mental, o que mostra a potência desta articulação para a melhoria da qualidade de vida da população ao trabalharem com a noção de território, com a co-responsabilização pelo cuidado, com a inserção na família, com as práticas comunitárias, entre outros.

Entretanto, o que se constata é que a atenção primária no Brasil muito avançou na expansão das equipes, mas ainda carece de recursos financeiros, humanos e qualificação para dar conta da complexa tarefa de atender 80% dos problemas de saúde da população (3). Este imenso projeto social e político – se assim o podemos chamar - tem ainda enormes desafios para garantir a universalidade da atenção em saúde.

O estigma, a cultura dos especialismos, a imperatividade dos aspectos físicos sobre os mentais nas abordagens clínicas, bem como o subdimensionamento dos aspectos psíquicos no processo de adoecimento, além da insuficiente qualificação em saúde mental das equipes da Atenção Primária são algumas barreiras colocadas às pessoas com transtornos mentais para acessar os cuidados neste nível de atenção. Este é um “subgrupo populacional” em extrema desvantagem social – que exige estratégias específicas para o atendimento de suas demandas em todos os pontos da rede de saúde.

Tem crescido significativamente, no país, o número de pesquisas avaliativas e participativas sobre o tema da articulação da saúde mental com a atenção primária (7). Diversos estudos demonstram que as equipes da Atenção Primária têm dificuldades de ordens diversas para atender as pessoas com transtornos mentais e também para qualificar e

trabalhar o componente de sofrimento psíquico inerente a todo processo de adoecimento (8, 9, 10).

Entretanto, são inúmeras as experiências bem sucedidas de inclusão das ações de saúde mental na atenção primária que têm possibilitado o avanço desta política, sobretudo com a implantação da estratégia do matriciamento ofertada às Equipes de Saúde da Família. Podem ser citadas as experiências de Campinas (10,11); Sobral (12), Aracaju (13) como exemplos. E neste processo foram sendo construídos parâmetros de boas práticas em saúde mental, baseadas em evidências das experiências e em uma ética em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

No âmbito nacional ainda é limitada a avaliação das ações de saúde mental na atenção primária. Já existem alguns indicadores e parâmetros nacionais de saúde mental para avaliação destas ações (programas do Ministério da Saúde que serão analisados posteriormente), mas que mostram-se bastante limitados e fragmentados.

Neste sentido, torna-se relevante formular estratégias de avaliação mais globais, com alcance nacional, de forma a preencher a lacuna existente, evidenciar as diretrizes que constituem as políticas que orientam este campo e utilizar as evidências quantitativas e qualitativas que devem subsidiar estas práticas para a consolidação das ações de saúde mental na atenção primária no contexto do SUS.

Esta pesquisa objetivou a construção de subsídios para uma proposta de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária. A pesquisa se caracteriza como qualitativa avaliativa, com a utilização de diferentes ferramentas metodológicas para coleta de dados: análise documental, revisão narrativa da literatura e painel de especialistas (ou grupo nominal).

A partir desta abordagem metodológica foram identificadas seis categorias de análise, destacadas como relevantes para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária, que foram agrupados da seguinte forma: 1) dimensionamento da demanda de saúde mental; 2) clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental; 3) acesso aos cuidados na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade) 4) arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental 5) gestão em saúde e saúde mental 6) formação em saúde mental para a atenção primária.

Neste contexto, foi identificada a necessidade de construção de uma estratégia de avaliação e monitoramento que fosse fidedigna da complexidade da atenção em saúde mental, com indicadores sensíveis às peculiaridades desta clínica. Ao mesmo tempo, a pesquisa apontou elementos fundamentais da atenção psicossocial que se almeja para as práticas na atenção primária – partindo sempre da indissociabilidade entre sofrimento psíquico e processos de adoecimento.

A partir das categorias de análise elaboradas, a partir da revisão da literatura e da análise documental, foi criada uma matriz com os principais elementos para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária, com a formulação de indicadores preliminares, que foram apresentados a um Painel de Especialistas, para a produção de consensos sobre o tema.

## **Objetivos**

Este projeto objetiva construir indicadores e parâmetros para compor uma proposta de avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na atenção primária, no contexto do SUS.

São objetivos específicos:

- a) Analisar os documentos e relatórios com as diretrizes e programas de avaliação da Política Nacional de Saúde Mental para a Atenção Primária do Ministério da Saúde;
- b) Realizar revisão narrativa da literatura de artigos sobre a articulação saúde mental e atenção primária, no período 2001-2011;
- c) Construir uma matriz de indicadores e parâmetros de avaliação, a partir da análise documental e da revisão bibliográfica;
- d) Realizar painel de especialistas para a construção de consensos sobre uma proposta de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária

Espera-se com esta pesquisa a construção de subsídios para a elaboração de uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária que possam produzir informações relevantes ao planejamento e à tomada de decisão de profissionais e gestores de saúde do SUS e que seja factível de ser assimilada pelas equipes de saúde mental e atenção primária como forma de qualificar a atenção no cotidiano dos serviços. Esta pesquisa pode também trazer aportes para o aperfeiçoamento das políticas públicas, com a melhoria da atenção às pessoas com transtornos mentais.





## **CAPÍTULO I – SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA - FUNDAMENTOS**

### **1.1. A Psiquiatria em direção à comunidade**

Neste capítulo nos interessa fazer uma análise panorâmica – que nos permita dar *saltos temporais* – de elementos históricos que se destacam como fundadores das práticas denominadas atualmente de psiquiatria comunitária e saúde mental comunitária, medicina comunitária e medicina de família e enfim, saúde mental na atenção primária. Neste sentido, não será feito um estudo aprofundado da História da Psiquiatria no mundo ou no Brasil e muito menos da História da Medicina.

Uma das dimensões abordadas será o processo de evolução do interesse da Psiquiatria sobre a doença mental, deslocando-se para o interesse sobre a saúde mental, ou da mesma forma, do patológico ao normal e do individual para o social. Em um breve histórico, identifica-se também o interesse da Medicina Geral sobre o corpo, de uma visão organicista a uma visão psicossocial.

Esta revisão busca então entender, primeiramente, como a Psiquiatria se interessa pela comunidade – sobretudo pela Psiquiatria Preventiva americana –, além fazer um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas influências e de como a atenção primária entra nesta cena. Além disso, busca rever como a Medicina geral constrói suas bases orgânicas e ainda hoje tem dificuldades de entender os componentes psíquicos nos processos de adoecimento.

Ressalta-se que o objetivo, no alcance desta pesquisa, é entender como alguns elementos das duas tradições - Medicina Geral e Psiquiatria - tiveram origens comuns e foram se distanciando por razões históricas.

Pergunta-se então: Seria possível reaproximá-las? O que é possível uma informar à outra? É possível, ao estudar estas tradições, lançar alguma luz sobre dificuldades encontradas atualmente pelas equipes da atenção primária, em atender os pacientes com transtornos mentais?

## Origens da Psiquiatria

De início, pode-se dizer que antes do nascimento da Psiquiatria, como ciência médica, no final do séc. XVIII, eram os médicos generalistas de família que cuidavam, a seu modo, dos doentes mentais mais “brandos”. Aos mais graves era destinado o confinamento. (14).

Em Foucault (15) vemos que tanto a Medicina geral como a Psiquiatria no séc. XVIII sofreram de uma “crise médica”, onde se buscava a *prova da doença* a qualquer custo. Esta prova deveria se apresentar nas lesões no interior do organismo, ser identificável no corpo, para se chegar à própria realidade da doença. Para este autor, a preocupação da Medicina nesta época era o diagnóstico diferencial das doenças.

Para Foucault (15) esta preocupação não se aplicava à Psiquiatria, pois este não era seu problema principal. O diagnóstico diferencial se desenvolve, apenas aparentemente, pois o importante para a psiquiatria, sobretudo, era provar a existência ou não da loucura. Isto coloca a Medicina e a Psiquiatria em posições bem diferentes. Para o autor, a psiquiatria, tal como se constituiu no séc. XIX, se opõe à medicina pois é “evidentemente uma medicina na qual o corpo está ausente”.

A crise da medicina se resolve no final do séc. XVIII e início do XIX com a anatomia patológica, a partir do momento em que consegue suas provas, por procedimentos de verificação e demonstração. Já a psiquiatria, em função de trabalhar com o diagnóstico “absoluto” (haver ou não loucura) e com a ausência de corpo, não consegue superá-la.

A psiquiatria para este autor irá substituir a prova de verdade da doença por uma prova de realidade. Trabalha-se então com um modo de “fazer existir como doença ou não-doença os motivos dados para um internamento ou uma intervenção psiquiátrica possível” (15). É o que ele chama de “duplicação administrativo-médica” que seria fazer existir uma doença a partir da demanda apresentada ao médico. Tratava-se também de fazer existir o poder de intervenção e o poder disciplinar da psiquiatria.

Foucault (15) resume esta operação da seguinte forma:

Na medicina orgânica, o médico formula obscuramente essa demanda: mostre seus sintomas e eu te direi que doente você é. Na prova psiquiátrica, a demanda do psiquiatra é muito mais pesada, é muito mais sobrecarregada, é a seguinte: com o que você é, com a sua vida, com o que se queixa a seu respeito [...] com o que você faz e com o que você diz, forneça-me sintomas, não para que eu saiba que doente você é mas para que eu possa ser um médico diante de você.

Para o autor, a prova psiquiátrica é uma prova de entrada no hospital. O próprio hospital é o corpo do médico. O hospital a que se refere o autor, onde se dava o confinamento, é o hospital geral, criado no séc. XVII, já com características não mais de assistência religiosa, de filantropia (que tinham desde a Idade Média), mas com função de ordem social e política. Estas instituições realizavam a prática sistematizada de enclausuramento e segregação de vários segmentos sociais. Aos poucos estes hospitais foram sendo transformados e humanizados, com a presença cada vez maior de médicos. Até o momento desta transformação do hospital em instituição médica (final do séc. XVIII), os loucos tinham múltiplas significações e ocupavam diversos lugares: ruas, prisões, asilos e hospitais. Não havia um lugar específico de cuidado destas pessoas (16).

O surgimento da Psiquiatria se dá quando Philippe Pinel, no movimento de *medicalizar* o hospital, responde ao apelo dos reformadores da Revolução Francesa para a tarefa de humanizar e transformar os hospitais gerais, que segregavam os pacientes, e propor uma nova forma de tratamento. Pinel cria o conceito alienação mental, entendido como um “distúrbio nas paixões”, capaz de alterar o funcionamento da mente, e propõe o tratamento moral, que se baseava no princípio do completo isolamento do doente (16, 17).

Pinel funda então a Psiquiatria, especialidade que terá diversas matrizes nos séculos seguintes. Importante marcar que algumas idéias irão perpassar toda a história da assistência psiquiátrica até os dias de hoje. A idéia de que existe um *lugar* para tratar os doentes mentais (tão atual) e que este lugar é o hospital psiquiátrico. Além disto, a primazia do cuidado médico sobre as demais especialidades e a busca incessante por um substrato orgânico das doenças mentais continuam bastante atuais.

Para Vasconcelos (14) o alienismo pode ser considerado a primeira grande matriz das idéias psicossociais. A psiquiatria moral de Pinel e Esquirol já traz elementos de uma medicina e de uma psiquiatria social, já que oscila entre dois modelos de doença mental: um de base organicista e outro que traça uma “nosografia moral e social dos sintomas da desordem, que remetia a uma psicopatologia das paixões e de um ambiente social patogênico”, segundo Castel *apud* Vasconcelos (14).

No séc. XIX proliferam os hospitais para cuidado dos doentes mentais. Já no séc. XX durante e depois da II Guerra Mundial, várias experiências do mundo (Inglaterra, França, EUA) constróem uma nova psiquiatria que servirá a proporcionar a recuperação rápida de pessoas desadaptadas, para que retomem a vida produtiva, em um cenário de crise econômica. Trata-se de transformar o hospital em um espaço terapêutico ou “espaço de pedagogia social” para produzir Saúde Mental e para produzir indivíduos capazes de responder adequadamente em sociedade (17, 18).

Para Barros (19) as sociedades européias e americana elaboraram respostas próprias à doença mental e à loucura, de acordo com sua história. Apesar de pontos comuns, as práticas produzidas nestes países foram bastante diferentes. A Europa, mergulhada em um ambiente devastado por duas guerras e pela necessidade de redefinições políticas, econômicas e de reorganizações institucionais, encontra um ambiente mais favorável à crítica ao papel dos hospitais psiquiátricos e à necessidade de rever este modelo (guardadas as proporções de haver experiências bastante distintas, como França e Itália, por exemplo).

Mas é importante destacar que no modelo europeu havia uma responsabilização do Estado para a garantia de direitos enquanto nos EUA, atribuía-se à comunidade, a responsabilização de problemas/dificuldades individuais (19).

O processo americano, segundo a autora, estava mais voltado para a definição do papel do estado na “regulação capital-trabalho”. Esta discussão é aflorada com a crise de 29, mas ganha força com o programa de saúde mental do Governo Kennedy, nos anos 60. Interessava dar alta aos pacientes em razão dos crescentes custos do sistema hospitalar.

O programa de saúde mental dos EUA, publicado em 1963, intitulado *The Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act*, propõe a criação de centros comunitários de saúde mental, associada a um processo de desospitalização das pessoas com transtornos mentais (20). Este programa privilegiou os

serviços comunitários e apostava que o enfraquecimento dos hospitais psiquiátricos seria um movimento inercial, uma consequência obrigatória (19). Este programa se tornaria referência para o mundo.

A linha geral do programa era a mudança nas práticas voltadas na reforma do hospital psiquiátrico, buscando-se então a ação da psiquiatria na *comunidade*. Surge, neste período, o interesse pelas práticas grupais, primeiramente dentro das instituições psiquiátricas (e depois fora delas) e pelas Terapias de Família: os objetivos seriam adaptar o doente em um grupo e adaptar a família ao doente. O foco não é mais, neste momento, a remissão dos sintomas clínicos dos transtornos mentais, mas a adaptação ao contexto social (18).

Segundo Birman e Costa (18), desde seu surgimento, a Psiquiatria se interessou pela terapêutica dos distúrbios mentais e voltou seus esforços para o conhecimento científico das doenças. Em um primeiro momento o foco foi a doença mental, mas, posteriormente, será a saúde mental o objeto de seu interesse.

Esta nova psiquiatria prioriza a estratégia da promoção da saúde mental e uma abordagem preventiva da enfermidade mental. Para estes autores, a psiquiatria trabalha então junto com a Saúde Pública e incorpora alguns conceitos deste campo, sobretudo a História Natural da Enfermidade. Como a doença mental passa a ter uma história natural ela é passível de prevenção.

A Psiquiatria Preventiva se pretende então uma Psiquiatria geral, aliada à Medicina Geral, pela via da Saúde Pública e ao mesmo tempo uma produção do sistema estatal no que se refere ao “ideal normativo de saúde psíquica”. Para Birman e Costa (18) “prevenir, palavra ambígua implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos...”.

A psiquiatria se articulará neste período a programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Ela vai se ocupar de “esquadrinhar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas [...] A Psiquiatria é promotora do Bem-Estar” (18). Nesta linha então, para estes autores, Psiquiatria Preventiva, Prevenção Primária e promoção da saúde mental são áreas que fazem da psiquiatria o grande promotor do “equilíbrio comunitário”.

Para Czeresnia (21) a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença para evitar seu progresso. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, para reduzir sua incidência e prevalência nas populações.

No campo da psiquiatria, como pensar uma etiologia tão precisa das doenças mentais para chegar a práticas preventivas? Não há modelo causal para as enfermidades mentais, logo “o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de **psiquiatrização da vida social**” (18).

Veremos que este é um processo bastante atual e que se coloca como questão importante para a atenção primária, em função da complexidade da análise dos determinantes sociais e da dificuldade das equipes em realizar uma intervenção mais ampliada, que supere a saída da psiquiatrização e conseqüente medicalização de sintomas sociais.

Com a Psiquiatria Preventiva, surge também o interesse da psiquiatria pelo conceito de crise, como o grande indicador de desajustamento e como o grande momento de intervenção. Logo, o psiquiatra, sua equipe e a população como um todo – já que o foco é a comunidade - devem intervir antes da eclosão da enfermidade. Para estes autores, a crise não é vista como sinônimo de doença mental, mas como caminho para o desenvolvimento da enfermidade. O indivíduo não teria meios para lidar sozinho com a crise, logo precisaria da ajuda do psiquiatra ou de pessoas da comunidade “psiquiatricamente orientadas” (18).

Há então um processo de prolongamento do psiquiatra sobre as populações consideradas de alto risco e as estratégias são inúmeras: educação da população em massa, formação de líderes formais e informais da comunidade, entre outros.

Na tarefa da promoção do ajuste social, coloca-se também a questão de que qualquer agente passa a realizar práticas terapêuticas com uma pulverização do sujeito da prática. Aí pode estar camuflada a seguinte idéia: se todos curam, ninguém cura ou “cura-se quem não precisa ser curado” (18).

Segundo Braga Campos, o resultado do desenvolvimento desta “psiquiatria de extensão” foi a expansão da assistência ao sofrimento mental para muito mais pessoas, “uma verdadeira saúde mental coletiva” (22).

Muitos autores do campo da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil farão duras críticas ao preventivismo na psiquiatria. Os psiquiatras do movimento da Rede Alternativas à Psiquiatria, na década de 70, viram neste movimento pós-guerra, um *aggiornamento* da psiquiatria clássica. Ou seja, haveria um esforço de superar a lógica segregativa para intervir na comunidade mas continuava-se visando a doença mental “desdobrada sobre o tecido social”, segundo Castel *apud* Campos Braga (22).

O discurso da medicina preventiva foi bastante emblemático, pois previa serviços psiquiátricos que seguiam a mesma lógica científica e econômica que já havia sido utilizada para a segregação das pessoas com transtornos mentais nos manicômios. As críticas, em suma, apontavam que apesar de aparente expansão do campo da psiquiatria, não haveria um real investimento na superação do manicômio.

Além desta questão, parece-nos importante destacar que a Psiquiatria Preventivista deixou uma base teórico-conceitual importante para certas práticas comunitárias atuais. Como exemplo, podemos tomar práticas de saúde “higienistas”, como as atuais ações de choque de ordem, limpeza urbana e abrigamento de usuários de drogas que ocorrem em vários países e também no Brasil.

## **1.2. Reforma Psiquiátrica brasileira: da psiquiatria preventivista à saúde mental comunitária e territorial**

Em breve histórico, para contextualizar a atual Reforma Psiquiátrica Brasileira, podemos ver que no início do século XX foram estabelecidas as bases da Psiquiatria e da assistência psiquiátrica no país. Posteriormente, sobretudo depois da Segunda Guerra, algumas experiências internacionais em saúde mental como a italiana, a francesa e a inglesa terão forte influência no Brasil (23, 24)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Estas experiências não serão abordadas na presente pesquisa. Mas há farta bibliografia sobre o tema. Nos limitamos a indicar somente duas referências que abordam a Psiquiatria de Setor francesa, a experiência italiana e inglesa.

Segundo Costa (25), a Psiquiatria nas três primeiras décadas do séc. XX foi uma repetição dos princípios da psiquiatria francesa, aliada a práticas da assistência religiosa da época. Os psiquiatras desta época usavam a mesma lógica biologizante para explicar os fenômenos psiquiátricos e culturais, inclusive com pouco discernimento sobre os limites da Psiquiatria. Isto, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os setores da sociedade, da família ao Estado.

Neste período foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental que agrega todos estes ideais biologicistas, porém, pregando a **eugenia, o higienismo e o preventivismo** (25).

Para o autor, o principal desta história é que os psiquiatras passam a se preocupar com os indivíduos normais e não com os doentes, pois o que interessava era a prevenção e não a cura. Passam a ocupar o domínio da escola, do trabalho e o meio social e não só as instituições psiquiátricas. Definem-se cada vez mais como higienistas, apoiados no princípio da eugenia.

Na década de 40 predominavam os hospitais públicos, que representavam 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Os grandes asilos e colônias vão se expandir nesta época.

Segundo Costa (25), a psiquiatria tenta se estabelecer como especialidade médica e o hospital psiquiátrico se afirmava como seu espaço de atuação. Buscava-se também descaracterizar o hospital psiquiátrico como asilo ou hospício para reafirmá-lo como hospital. Além disto, foram incorporadas novas técnicas terapêuticas para substituir o caráter meramente custodial do hospital, com a introdução da psicocirurgia, insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia, para dar à psiquiatria sua função médica verdadeira (26).

A ampliação dos hospitais públicos até a década de 50 não significou melhoria da assistência, pois os hospitais estavam em total abandono e com excesso de pacientes.

A partir da década de 60 começa a ampliação dos hospitais psiquiátricos privados. Até a década de 80 há uma enorme proliferação destas instituições no país. O Brasil chega a ter cerca de 90 mil leitos, com macro-hospitais que representavam verdadeiras cidades de doentes mentais.

Na década de 70 a Psiquiatria Preventivista, já abordada anteriormente, começa a ter forte influência no Brasil, sobretudo a partir da experiência européia e americana. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS por meio de uma Comissão Nacional, propôs a revisão da assistência psiquiátrica no país, com a criação do “Manual de serviço



para a assistência psiquiátrica”. Nestas diretrizes eram privilegiadas a assistência psiquiátrica na comunidade, mais próxima do local de residência do paciente, com o uso de recursos extra-hospitalares. A rede proposta se baseava nos conceitos de regionalização, integração, coordenação e descentralização.

Propunha-se também a estruturação básica do preventivismo desde a atenção primária até a terciária, contemplando programas assistenciais específicos como materno-infantil e adolescentes. Buscava-se não somente a prevenção como a promoção da saúde mental. Como já discutido anteriormente, o modelo preventivista acaba por ampliar a população com atendimento ambulatorial em função da medicalização da ordem social mas sem diminuição da população internada nos hospitais psiquiátricos.

Apesar de ter sido tomado como motivo de comemoração e como fato histórico para a reestruturação da assistência psiquiátrica no país, o Manual do INPS não saiu do papel em função da resistência dos interesses privados.

Ainda na década de 70 foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Plano Integrado de Saúde Mental, na VI Conferência Nacional de Saúde. Tentava-se novamente restaurar os princípios da psiquiatria comunitária, por meio da **qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para atendimento das pessoas com transtornos mentais no nível primário**. Este programa obteve maior sucesso nas regiões Norte e Nordeste do país mas também foi foco de articulações do setor privado para desativá-lo (26).

Nos anos 80/90 começam a surgir diversas experiências de novos serviços de saúde mental no país, de base comunitária e territorial (26).

A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) representa um amplo movimento de reestruturação da assistência em saúde mental no país, mas também foi acompanhada de uma profunda mudança na resposta social às pessoas com transtornos mentais nos espaços sociais, bem com uma intervenção na cultura. Os termos “reforma” e “psiquiatria” andam juntos desde as origens da Psiquiatria, segundo Tenório (17).

### **1.3. Da Medicina geral à Estratégia Saúde da Família**

No que se refere à atenção primária e à saúde pública em geral, o Brasil na primeira metade do século XXI tem um modelo de saúde denominado sanitarismo campanhista, focado no saneamento dos espaços urbanos. Entre a década de 60 a 80 tem como hegemônico o modelo assistencial-privatista, que financia fortemente o setor privado da saúde, com uma parte do subsistema estatal voltado para a assistência daqueles que não estavam incluídos economicamente. Este modelo recebeu duras críticas de setores da academia (da Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social) e de setores da sociedade civil (27).

No cenário mundial, na década de 70 há um forte esforço mundial de expansão da atenção primária. Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, promovido pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). Nesta época foram consolidadas as bases da APS: primeira oferta de cuidado em saúde, a responsabilidade longitudinal pelo paciente e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde (1, 3, 27).

No contexto brasileiro, na década de 70/80 já há experiências dispersas, mas exitosas, de modelos centrados na APS. A Conferência de Alma-Ata teve influência em experiências municipais no país.

Este período é importante na história da Saúde brasileira pois é o momento de redemocratização do país e de consolidação e fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Com o Movimento da Reforma Sanitária surgem diversos modelos de atenção à saúde (Modelo em Defesa da Vida, Ação Programática em Saúde e Sistemas Locais de Saúde – Silos) que propõe, cada qual à sua maneira, a reestruturação do sistema de saúde, até então centrado em um modelo individualista, médico-centrado e hospitalocêntrico (3, 27).

Na década de 90 o Ministério da Saúde adota o Programa Saúde da Família com a aposta de ser o grande reordenador das redes de assistência à saúde, com universalização do acesso da população à atenção básica e com a descentralização da atenção à saúde para os municípios. Segundo Andrade et al. (27)

“a estratégia Saúde da Família não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.”

Pode-se considerar que tanto a atenção primária quanto a saúde mental trabalham com profundas mudanças no modelo de atenção, com a reestruturação da assistência do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado para um modelo de base comunitária e territorial. Porém, há muitos obstáculos para a articulação entre os dois campos que serão analisados ao longo desta pesquisa.

De imediato, faremos uma periodização dos principais momentos da Reforma Psiquiátrica, destacando o componente da articulação da saúde mental - atenção primária. Os obstáculos para esta articulação serão abordados em capítulos posteriores.

### **Momento I: décadas de 80 e 90 – experiências dispersas e isoladas, com ausência de uma rede significativa de serviços de saúde mental**

As experiências de inserção da saúde mental na rede básica antecedem as reformas sanitária e psiquiátrica, e consequentemente o Sistema Único de Saúde. Já na década de 70 e início da década de 80, a partir do modelo preventivista, a saúde mental foi pensada como uma proposta de base comunitária, desde as unidades básicas de saúde, passando por ambulatórios e hospitais gerais (26, 28) .

Nesta época já havia experiências de inserção de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, compostas por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras e equipes maiores para os ambulatórios especializados em saúde mental que incluíam enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Estas experiências aconteceram no estado de São Paulo, do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Ceará (22, 28)

Essas equipes trabalhavam seguindo, em linhas gerais, os princípios definidos pela OPAS/OMS para as políticas de saúde mental: desinstitucionalização, atenção na

comunidade, priorização do cuidado na atenção primária para evitar internações e prevenir desajustes sociais (29).

No início da década de 90 temos o marco referencial da Declaração de Caracas (30), que condensa os princípios norteadores para a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas. Nesta declaração, uma das principais diretrizes a serem priorizadas é o Atendimento Primário de Saúde como a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000.

Este período é marcado também pela constatação de que o modelo centrado no atendimento médico e hospitalar gerava um processo iatrogênico nos doentes e não produziam impacto na melhoria dos indicadores de saúde. Desde os anos 80 já há duras críticas por parte de movimentos sociais no campo da Reforma Psiquiátrica ao modelo centrado no hospital.

Experiências importantes de desinstitucionalização começam a mostrar sua potência na ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental e na efetiva melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais longamente internadas. Podemos citar as experiências de Santos (década de 80) e de Campinas (década de 90) como exemplares no processo de desinstitucionalização e com impacto importante no avanço das ações de saúde mental na atenção básica.

Na década de 90 ainda temos importantes experiências como a do Projeto Qualis (1998) no município de São Paulo até as especificidades das experiências de Sobral (a partir de 2000) e Belo Horizonte. O Brasil vem desenvolvendo diversas formas de cuidado em saúde mental na atenção primária, segundo as realidades locais. Pode-se ainda citar as experiências de São Lourenço do Sul, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Quixadá (11). Mais recentes temos as experiências de Aracajú, Joinville e Fortaleza (29).

## **Momento II – (2001 a 2008) Estabelecimento de diretrizes nacionais para saúde mental na atenção básica, a partir das experiências dos anos 80/90 com importante expansão da rede de serviços substitutivos (sobretudo de CAPS)**

A partir de 2001 começam a ser sistematizadas as diretrizes para ações de saúde mental na atenção básica do Ministério da Saúde, com base nas experiências municipais consolidadas (31). Foram realizadas oficinas de consensos técnicos entre Coordenação Nacional de Saúde Mental, Departamento de Atenção Básica e municípios com experiências, além do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado através de parceira MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, em 2002. Houve também a realização, em 2004, da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO (31), intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE, Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país. Estes documentos serão analisados no Capítulo V.

A partir dos subsídios produzidos por essas Oficinas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde traçaram diretrizes para a atenção em saúde mental na atenção básica.

A publicação Saúde Mental no SUS - os Centros de Atenção Psicossocial de 2004 (31) traz então diretrizes claras para esta articulação. No documento intitulado “*Saúde Mental na Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários*” há diretrizes para a organização destas ações: 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 de saúde mental no território; c) realizar apoio matricial às equipes de atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, d) atender conjuntamente nas situações mais complexas, e) realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes de atenção básica, f) atender casos complexos a pedido das equipes de atenção básica e g) realizar atividades de educação permanente sobre saúde mental em parceria com a atenção básica. Este documento é amplamente citado nas pesquisas brasileiras referenciadas sobre o tema.

As diretrizes foram construídas a partir de 2001 e, a partir de então, observa-se também uma significativa expansão da rede de CAPS, passando de 224 para 1690 serviços. As residências terapêuticas e o Programa de Volta para Casa destinado a egressos de longas internações também mostram avanços importantes (32).

Constata-se que houve importante ênfase, do ponto de vista técnico-político e financeiro, na ampliação da rede de atenção em saúde mental, sobretudo de CAPS. É um novo cenário para se pensar a expansão das ações de saúde mental na atenção primária, com retaguarda importante para as equipes. Isto também nos coloca algumas questões importantes: como articular os CAPS à Atenção Primária? O que o campo da saúde mental tem como expectativas em relação à atenção primária e vice-versa? Como superar as barreiras de acesso existentes para os cuidados em saúde mental na atenção primária?

### **Momento III – (2008 em diante) – Institucionalização das ações de saúde mental na Atenção Primária, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Optamos por fazer um recorte a partir de 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (33), por entender que representam uma maior institucionalização das ações de saúde mental na atenção primária. Além disto, significa que a Política de Atenção Básica adota a estratégia do matriciamento como fundamental para a ampliação do acesso em saúde mental neste nível de atenção.

Antes deste período, a tarefa do matriciamento estava praticamente restrita aos CAPS, dado que não havia nenhum tipo de apoio financeiro do nível federal para o desenvolvimento de ações de saúde mental na APS que não fosse destes serviços. Obviamente, esta política de matriciamento atrelada aos CAPS é fundamental, porém claramente insuficiente para dar conta da imensa demanda de cuidados em saúde mental existente nos municípios onde há baixa cobertura ou inexistência destes serviços.

É difícil avaliar o impacto da política dos NASF nas ações concretas das equipes da atenção básica, em função da ausência de base de dados nacional sobre os núcleos, quer seja no SIAB ou em outro sistema de informação.

Há também pouca produção científica publicada em periódicos nacionais. Entretanto, pelos relatos de experiência em congressos, seminários e oficinas de saúde

mental e atenção primária, é possível constatar que esta estratégia tem sido potente para mudar a qualidade da assistência em saúde mental na rede básica.

Espera-se que este “novo momento” da articulação saúde mental-atenção primária possa produzir impactos importantes na ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental.

#### **1.4. Os desafios do Sistema Único de Saúde para a articulação saúde mental-atenção primária**

Segundo Santos (34) o SUS é o maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. Isto significa ampliação da oferta de atendimento no nível ambulatorial, hospitalar e no nível da atenção primária. Segundo o autor, esta dimensão se deve à descentralização de competências, com ênfase na municipalização, assim como também a outros dispositivos de pactuação nas diferentes instâncias do SUS e pela disseminação de valores éticos e sociais entre diversos setores da sociedade.

Estes valores, lembra o autor, são aqueles estruturantes do SUS: universalidade, igualdade/equidade, integralidade, participação social, dentre outros.

O SUS não se resume a ações assistenciais, mas propõe, dentro dos princípios da Reforma Sanitária, uma concepção ampliada de saúde que considera os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos em uma visão que não se restringe à doença mas à produção de saúde e produção de vida (34).

Além disso, o SUS tem como um de seus pilares a universalidade de suas ações, o que impõe o desafio de atender a toda a população brasileira, sem nenhum tipo de discriminação (de renda, de raça, de credo, etc.)

Entretanto, Santos (34) e outros autores (35, 36) têm indicado desafios e obstáculos na implantação e implementação do SUS que têm relação direta com a escolha dos modelos de gestão e de financiamento que vem sendo adotados, há vários anos, que acabam por impedir uma reorientação do modelo assistencial com base na atenção primária. Além disto, Paim (36) nos aponta que a saúde além de ser um “estado da vida” também se caracteriza como um “setor da economia” o que coloca conflitos no seu desenvolvimento.

Algumas questões levantadas se referem à fragmentação da rede de atenção, ainda com o componente hospitalar muito preponderante; o subfinanciamento público e a precarização das relações de trabalho e da gestão no SUS. Ou seja, um modelo que ainda se organiza pela oferta de serviços e não com base nas necessidades e direitos da população, segundo Santos (34, 35).

Neste contexto, conforme já indicado, a atenção básica teve importante expansão mas ainda demanda qualificação e efetividade, além do necessário enfrentamento do congestionamento dos serviços de média e alta complexidade. Conforme afirma Campos (35), há sintomas tanto de crescimento quanto de “degradação” do Sistema Único de Saúde. Os avanços ainda tem efeitos muito heterogêneos e irregulares na vida cotidiana da maioria da população e as políticas sociais ainda não acompanham e fortalecem um real enfrentamento dos determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença.

A integralidade do cuidado segue como um dos principais desafios da saúde pública no país. Pensar o processo de adoecimento, em suas múltiplas variantes, ainda não é prática comum nas equipes de saúde, em diferentes níveis de atenção (37, 38). A atenção fragmentada e centrada ainda nas especialidades se confirma como uma prática hegemônica em muitos países, mesmo nos ricos e industrializados (2).

A despeito dos números significativos de expansão das equipes de Saúde da Família - mais 30 mil em todo o país (39) - e da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial - mais de 1600 (32), ambos representando mais de 50% de cobertura assistencial, há desafios enormes que têm como pano de fundo, sem dúvida, o contexto atual do SUS, relatado anteriormente, mas que também podem ser analisados a partir de dificuldades específicas do campo da saúde mental, que serão analisadas posteriormente.

O contexto atual do SUS exige uma reflexão sobre que rumos têm-se adotado no que se refere ao modelo de gestão e de financiamento que permitirão o sucesso (ou o fracasso) de propostas como a da ampliação do acesso à atenção em saúde mental na atenção primária.



## **1.5. Princípios da Política Nacional de Saúde Mental e de Atenção Primária**

No âmbito do SUS, a reorientação do modelo assistencial em saúde, a partir da atenção básica, traz uma nova concepção do processo de produção de saúde, com ênfase na concepção de sujeito visto em sua integralidade. Desloca-se o cuidado centrado na atenção hospitalar para um cuidado longitudinal, realizado a partir do contexto familiar e cultural do paciente. Esta concepção pode ser verificada, por exemplo, na Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2006 (5):

complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Na atual Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011 (40), reatualizam-se os princípios da Atenção Básica de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para o desenvolvimento de uma atenção integral. Reafirma-se também a APS como principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir a acessibilidade, o vínculo e a continuidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (40) tem como principais fundamentos e diretrizes:

- o território adscrito de modo a permitir o planejamento de ações descentralizadas que possam ter impacto nos determinantes sociais da saúde;
- acesso universal e contínuo;
- acolhimento, vinculação, responsabilização, e resolutividade;
- diminuição dos riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- integrar ações programáticas e demandas espontâneas com um processo de trabalho centrado no usuário;
- estimular a participação dos usuários para ampliação da autonomia.

No processo da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental também houve uma importante reorientação do modelo assistencial, com ênfase em uma rede de base comunitária e territorial e a desconstrução do modelo centrado no hospital psiquiátrico, com a ampliação de uma rede diversificada de serviços extra-hospitalares (41).

Os principais componentes da rede de saúde mental são: ações de saúde mental na atenção primária, Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, apoio à geração de trabalho e renda, leitos em hospitais gerais, consultórios de rua, casas de passagem (para usuários de álcool e drogas), centros de convivência, entre outros (41).

Um dos fundamentos da reorientação do modelo assistencial é a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental e a qualificação das redes de saúde mental nos processos de desinstitucionalização.

Desinstitucionalização aqui entendida como:

um trabalho prático de transformação, que a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar seu sofrimento [...] O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente (42).

A ampliação do acesso ao cuidado, nesta perspectiva, traz a necessidade de reinvenção das formas de cuidar e de produzir saúde. Não se trata de operar apenas um deslocamento do lugar do cuidado - do hospital psiquiátrico para os serviços de base comunitária - mas de trabalhar com um novo paradigma de atenção – a atenção psicossocial, que inclui diversos aspectos da vida do paciente, nesta perspectiva da “reconstrução da complexidade do objeto” (42).

Neste sentido são necessárias novas soluções institucionais para o cuidado em saúde mental. Há aqui, uma convocação ao conjunto de atores que lidam com a saúde mental - usuários, familiares, profissionais, gestores, acadêmicos, comunidades envolvidas para a co-responsabilização pelo cuidado, não mais concentrado em uma só instituição – o

hospital psiquiátrico – mas em um conjunto de ações e serviços. E a atenção básica é permanentemente chamada a esta tarefa.

Como pode ser constatado, as duas políticas têm princípios comuns. Ambas trabalham com a reorientação do modelo assistencial, com a noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (31).

Nos últimos 10 anos o SUS passou por importantes transformações em seu modelo de atenção, com ênfase na expansão da Estratégia Saúde da Família, no esforço de fazer da atenção básica a principal porta de entrada do sistema, e promoveu ações de saúde de forma amplamente capilarizadas, transformando realidades assistenciais e culturais de norte a sul do país. Em 2003 eram 19 mil equipes de Saúde da Família e em 2012 são 32.079 (39).

Nos inúmeros relatos das experiências e pesquisas realizadas (3, 7, 8, 9, 43, 44) ressalta-se a potência desta estratégia, a despeito das inúmeras dificuldades enfrentadas.

A potência deste modelo está na construção da longitudinalidade do cuidado, na criação de vínculo entre equipes de saúde e comunidade/família e na proposta de integralidade na produção de saúde (2, 5).

No campo da saúde mental, quase no mesmo período houve uma mudança bastante significativa na reorientação do modelo assistencial, com base nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e na Lei 10.216 (30). Destacamos, para efeito de análise, a ampliação dos serviços tipo CAPS – Centros de Atenção Psicossocial e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, além do macro-indicador de gastos em saúde mental (32, 41).

Além disto, houve uma reversão na proporção de gastos hospitalares X extra-hospitalares no período. Em 2002, mais de 75% dos gastos estavam concentrados na área hospitalar e somente 24,76% na área extra-hospitalar. Em 2011, observa-se uma importante inversão desta proporção: 29,44% de recursos na área hospitalar e 70,57% de recursos investidos na área extra-hospitalar (32).

Porém, no contexto de subfinanciamento do SUS, apontado anteriormente, é necessário lembrar também que o orçamento da área de saúde mental é de 2,7% do orçamento da saúde, bastante longe da recomendação de 5% da OMS.

Para finalizar, é importante lembrar que a sustentabilidade política e econômica e a legitimidade do SUS dependem de um aprofundamento e radicalização do processo de mudança do modelo de atenção (35). Há diretrizes construídas para esta reorganização, tanto a partir da Atenção Primária como da Política Nacional de Saúde Mental, baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Esta base é a do funcionamento em rede e da coresponsabilização, redefinição do papel do hospital, trabalho interdisciplinar, entre outros. Um dos grandes desafios colocados ao SUS é garantir os cuidados em saúde mental na atenção primária, aprofundando a reorientação do modelo assistencial neste campo.

### **1.6. Saúde Mental na Atenção Básica: vínculo e diálogo *ainda* necessários**

Em contextos onde há cobertura assistencial de equipes de Saúde da Família/atenção básica, este nível de atenção tende a ser o primeiro contato da população com a rede de saúde e de saúde mental. Em função de sua acessibilidade mais direta com a população, as equipes que trabalham na atenção básica estão mais propensas a ter mais contato com os pacientes que sofrem de transtornos mentais (2).

Rogers e Pilgrim (24) na revisão de estudos ingleses encontraram que 90% dos pacientes considerados como tendo problemas mentais tiveram contato com seu clínico geral na atenção primária. E ainda, estimativas sugerem que de 10,5 a 13,5% destes pacientes, considerados como tendo transtornos severos e persistentes foram cuidados na atenção primária.

Se consideramos que a integralidade deve tratar da indissociação mente-corpo, e que, “Todo problema de saúde é também - e sempre – mental e toda saúde mental é também produção de saúde” (31) concluímos que existe um componente de sofrimento associado a toda e qualquer doença e que tratar este componente subjetivo do adoecimento pode ser um importante vetor na produção de saúde.

É claro que isto não significa que as equipes de Saúde da Família devem atender a todos os casos de saúde mental, e nem mesmo que devem ter formação específica para abordagens do campo “psi”, mas que podem se qualificar de forma diferenciada, quando incluem em suas intervenções de saúde, a escuta e a vinculação com o paciente, que pode

ser uma importante ferramenta para o cuidado em saúde. Seguindo o lema global, apoiado pela OMS, “não há saúde sem saúde mental” (45).

Artigo de revisão sobre a integração da saúde mental na atenção primária do sistema de saúde inglês (46) mostra que 20 a 25% das consultas na Inglaterra tem como única razão problemas de saúde mental. Além disto, aponta que as pessoas com doenças crônicas ou recorrentes, tradicionalmente vistas como o trabalho principal na Atenção Primária, com frequência tem taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral. Neste mesmo estudo, evidências sugerem também que pessoas com doenças mentais graves têm maiores taxas de morbidade e mortalidade do que a população em geral (esquizofrênicos têm taxas de mortalidade duas vezes maiores que a população geral, além de estarem mais propensos a fumar e ter uma dieta pobre).

Estudos realizados em alguns municípios brasileiros (47, 48) apontam que as queixas psíquicas estão entre as causas mais freqüentes de procura por atendimento na atenção básica. Há ainda um número significativo de pacientes com sintomas médicos inexplicáveis que consultam frequentemente a atenção primária e que muitas vezes tem problemas significativos de saúde mental (46). Isto enfatiza o papel fundamental da Atenção Primária no diagnóstico e tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Não há estudos de prevalência de transtornos mentais de alcance nacional no Brasil mas somente estudos em alguns municípios brasileiros (49, 50). E ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Porém este cenário vem se modificando nas últimas décadas. Estudos realizados em municípios brasileiros apontam a dimensão do problema (49, 50) .

Maragno et al. (49) encontraram no conjunto da população analisada (dois bairros na periferia de São Paulo), a estimativa de prevalência de transtornos mentais comuns de 24,95% (maior prevalência entre mulheres, separados/viúvos, com menor escolaridade e menor renda). Fortes et al. (50) realizou estudo sobre a prevalência de transtornos mentais comuns no Programa Saúde da Família em Petrópolis-RJ e encontrou a prevalência de 37% para pacientes com transtornos mentais de intensidade severa (de acordo com o critério aplicado pelo PPGHC/WHO). Segundo este estudo o percentual encontrado é bastante próximo dos 38% de prevalência de transtornos mentais encontrados pelo estudo de Fortes et al. (50).

A OMS realizou um estudo transcultural em 14 locais onde foram encontradas prevalências de transtornos mentais na atenção básica (segundo a Composite International Diagnostic Interview – CIDI – 1995) de 7,3% (China) a 52,5% (Chile). No Brasil foram encontrados 35,5% de prevalência para os transtornos mentais (51).

As altas prevalências e o fato de que a maioria dos sistemas de saúde oferta cuidados apenas na atenção primária, sem acesso (e sem necessidade) a serviços especializados, reforçam a importância de fortalecimento e expansão das ações de saúde mental na atenção básica. Além disto, estudos mostram que os fatores mais determinantes para a evolução dos transtornos mentais seriam as condições ambientais (contexto), o funcionamento social do indivíduo, o contexto familiar e a densidade e homogeneidade da rede social (51, 52). Todos estes componentes têm forte relação com a intervenção da atenção básica.

O Ministério da Saúde reconhece, desde 2004, que “os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas” (31).

Onocko Campos e Gama (53) apontam que há certo consenso de que a política nacional voltada para os CAPS tem conseguido uma maior efetividade na atenção às pessoas com transtornos mentais graves. O desafio mais premente colocado à agenda da Reforma Psiquiátrica seria ampliar o acesso das pessoas com transtornos mentais leves ao cuidado em saúde mental, bem como realizar uma busca ativa dos casos mais graves no território, pelas equipes de Saúde da Família (pessoas com transtornos relativos ao abuso de substâncias, pessoas que sofreram algum tipo de violência, além das tentativas de suicídio, psicoses graves entre tantas outras).

Destaca-se que a OMS (54) define seis vantagens para integrar a saúde mental na atenção primária: redução do estigma, melhora no acesso ao cuidado, redução da cronificação e melhora na integração social; proteção dos direitos humanos dos pacientes; melhores resultados para pessoas com transtornos mentais tratadas na atenção primária e promoção da capacitação dos profissionais para atender saúde mental.

Porém, a despeito de todos os argumentos em favor da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, e contrariamente aos princípios de integralidade e universalidade contidos desde os direitos constitucionais até as políticas de saúde mais recentes do SUS, observa-se que a atenção primária foi originalmente “seletiva”, com concentração de esforços em algumas intervenções de alto impacto para combater causas mais prevalentes (1).

E esta “seleção” atingiu de forma significativa a área da saúde mental, apesar das altas prevalências dos transtornos mentais.

Pode-se verificar que o Ministério da Saúde propõe diretrizes gerais para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, como forma de ampliar o acesso aos cuidados de saúde mental. Desde 2004, adotou-se a proposta de organização do apoio matricial em saúde mental às equipes de Saúde da Família (31).

A metodologia de trabalho de apoio matricial foi proposta por Campos (55) a partir de pesquisas sobre a reforma das organizações e do processo de trabalho em saúde. O apoio matricial é entendido como: “um arranjo técnico-assistencial” que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais, bem como suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, com a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias (56).

A proposta de construção da co-responsabilidade do cuidado em saúde mental em uma rede de atenção – primeiramente do hospital para os CAPS e dos CAPS para a atenção básica - não se dá sem dificuldades. Ao mesmo tempo em que estudos indicam que há uma percepção por parte das equipes da atenção básica de que é preciso ofertar alguma forma de atenção às pessoas com transtornos mentais, há pouca clareza das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde com relação à proposta do apoio matricial em saúde mental (8, 10, 57, 58).

Mesmo os profissionais dos CAPS - que têm como atribuição, definida pela Portaria GM nº 336/02 (30), fazer a articulação com a atenção básica - parecem não ter ainda uma maior apropriação da proposta do apoio matricial. Alguns dados demonstram que há articulação entre os CAPS e as equipes da atenção básica, porém, de forma ainda incipiente.

O Avaliar-CAPS, programa de avaliação dos CAPS implementado desde 2006 pelo Ministério da Saúde, aponta em sua última aplicação em 2009 (59), que nos 1046 CAPS avaliados cerca de 50% realizam ações conjuntas com a atenção básica e que 41,24% realizam apoio matricial. Porém, quando analisamos a frequência da parceria dos CAPS com a atenção básica, temos que 28% dos CAPS não realizam reuniões com a atenção básica, 11% realizam trimestralmente, 13% semestralmente e somente 21% mensalmente. Considerando que as diretrizes do Ministério da Saúde preconizam que estas reuniões sejam semanais ou quinzenais (31), estamos diante de um cenário de baixa articulação entre estes dois níveis de atenção.

Pode-se constatar então que cerca de 20% dos CAPS fazem atividades mais regulares (mensais) com a atenção básica, na linha do apoio matricial (reuniões, atendimentos conjuntos, e discussões de casos), o que ainda é muito pouco diante do potencial que há na articulação Saúde Mental e Atenção Primária.

É possível afirmar que o contexto para ampliar as ações de saúde mental junto à atenção primária se mostra bastante propício em função de haver diretrizes do Ministério da Saúde para esta área, aliado a um processo gradual e contínuo de ampliação do acesso às pessoas com transtornos mentais aos serviços substitutivos.

Além disto, há uma política nacional com diretrizes e financiamento para o apoio matricial, com maior institucionalidade. Entretanto é necessário avançar significativamente na mudança do processo de trabalho e nas práticas clínicas no território tanto das equipes da atenção básica, quanto dos profissionais de saúde mental, para garantir a atenção integral às pessoas com problemas de saúde mental.



## 1.7. Hipóteses sobre os obstáculos ao avanço das ações de saúde mental na atenção primária

Primeiramente, pode-se levantar como hipótese que as dificuldades de inclusão da saúde mental na atenção básica esbarram em questões relacionadas ao **estigma**. Os profissionais consideram estes pacientes de difícil manejo, têm medo de lidar com estas questões e muitas vezes declaram, explicitamente, não querer atender esta população. O estigma pode estar presente na gestão, na clínica, nas redes sociais. É uma questão estruturante na abordagem dos transtornos mentais.

Por outro lado, de forma paradoxal, a OMS aponta que o cuidado em saúde mental no nível da atenção primária pode ser fator de redução de estigma, pelo lado do usuário, porque estes cuidados não estão associados a nenhuma condição específica de saúde na representação da população, tornando este nível de atenção mais aceitável e talvez mais acessível, para usuários e familiares (54).

Conforme já mostrado, dados do Programa “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ” (60) indicam que 25% das equipes que responderam a esta auto-avaliação não desenvolve ações para integração das pessoas com transtornos mentais em atividades coletivas regulares. Isto poderia corroborar a hipótese de que o estigma é importante barreira no acesso aos cuidados de saúde e de saúde mental, pois as pessoas com transtornos mentais sequer são incluídas nas atividades rotineiras das equipes da atenção básica.

Uma interpretação preliminar poderia ser a de que as equipes de Saúde da Família não consideram relevantes os problemas clínicos dos pacientes com transtornos mentais e que portanto não poderiam se beneficiar das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, para toda a população. A noção de que esta população precisaria de atendimento “específico” pode impedir que tenham acesso a qualquer atendimento de saúde.

Esta análise tem íntima relação com outra hipótese sobre as dificuldades de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, a saber, a **cultura dos especialismos**.

Starfield (2) diz que o imperativo tecnológico do século XX tem levado a uma tendência à especialização, com conseqüente inferioridade do generalista.

A visão de que só os especialistas podem tratar as pessoas com transtornos mentais pode se juntar a uma cultura de baixa responsabilização pelo cuidado com o outro: na esfera familiar, na esfera conjugal, na esfera social. Isto tem profundas implicações no cuidado em saúde, e sobretudo no cuidado em saúde mental (61).

Como outro fator de dificuldade, temos que as **formas de adoecimento se apresentam em cenários complexos**. Segundo Campos et al. (3) o complexo se define no número de variáveis envolvidas no processo, sendo necessário intervir no biológico, no subjetivo e no social. Poderíamos então dizer que as questões de saúde mental tanto definem a complexidade de muitas intervenções de saúde, como podem ser a peça-chave para seu sucesso.

Neste contexto, podemos considerar que um dos desafios seria considerar as novas formas de adoecimento da população, com forte componentes de saúde mental. Os quadros clínicos que aparecem na atenção básica muitas vezes são difusos e pouco relacionados às classificações da psiquiatria da CID 10 e DSM IV (12).

E as demandas de saúde mental muitas vezes são ouvidas queixas clínicas descoladas da produção subjetiva do paciente. A oferta de cuidado então tende a ser de pronta-entrega: consultas rápidas, pedidos de exames e medicações prescritas quase que instantaneamente. Nesta perspectiva, as demandas ficam cada vez maiores e a resolução das necessidades de saúde cada vez menores.

Do outro lado, pacientes - impacientes por cuidados demandam aos serviços um cuidado em ritmo descompassado com o dos profissionais de saúde. Escuta, acolhimento, vínculo são elementos do cuidado em saúde, e especialmente em saúde mental, que se tornam estranhos neste contexto sem pausas, que marca o processo de trabalho das equipes de saúde.

O circuito (ou a espiral) se reforça: pacientes que demandam consultas longas e respostas rápidas, equipes sobrecarregadas com demandas infinitas, que acreditam que os especialistas é que terão as soluções definitivas para os problemas de saúde da população.

Seguindo esta lógica, para resolver as questões de saúde mental que se apresentam à atenção primária, pode haver uma forte tendência à psiquiatrização dos problemas sociais e difusão de mecanismos de controle social. Um dos efeitos mais nocivos seria o efeito da seleção, da falta de respostas ao sofrimento das pessoas, de abandono (42). O que era para

ser cuidado em saúde, vira encaminhamento, onde o paciente está cercado de referenciamentos, mas desprovido de qualquer vínculo e sozinho em seu adoecimento.

Rotelli (42) nos alerta que se os serviços territoriais ou de comunidade não problematizam a internação ou convivem com a internação, mas não a substitui por outras formas de cuidado, este modelo seguiria reproduzindo a lógica do tradicional do sistema centrado no cuidado hospitalar.

Um dos principais desafios então, na implantação das redes de serviços de saúde e de saúde mental, seria o rompimento da lógica das hiper-especializações e do atendimento fragmentado.

Neste diagnóstico preliminar, é preciso lembrar também a baixa (ou mesmo ausente) qualificação das equipes de saúde que estão na atenção básica, para o atendimento dos casos de saúde mental. Isto tudo somado – estigma, supervalorização dos especialismos, complexidade das situações de saúde mental e baixa qualificação das equipes - pode nos dar um retrato das barreiras de acesso ao tratamento que as pessoas com transtornos mentais têm enfrentado quando buscam (ou deveriam ser buscadas) cuidados em saúde mental na atenção básica. Além é claro, dos inúmeros casos de sofrimento difuso e intenso, sem caracterização específica, mas que se apresentam, sobretudo, sob a forma de queixas somáticas, em que é exigida respostas das equipes da atenção primária.

Os fatores mencionados acima podem ter contribuído para corroborar as avaliações que indicam que houve avanços menos exitosos na ampliação dos cuidados na atenção primária, do que na expansão significativa da rede de atenção psicossocial, especialmente dos CAPS (29, 53).



## **CAPÍTULO II - SOBRE OS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO**

### **2.1. Tradições na avaliação de programas e serviços de saúde**

Em uma primeira aproximação, podemos entender que avaliar é uma ação constante em nossa vida. Para fazer escolhas - e elas se dão a todo momento em nosso cotidiano - precisamos avaliar se algo nos satisfaz ou não, se está de acordo com nossas expectativas, se fere algum princípio “inegociável” de nossa ética, se tem a ver como nossa posição política no mundo. Avaliar e ser avaliado, julgar e ser julgado são ações que vão nos definindo no decorrer da vida.

A avaliação adquire, no senso comum, muitas vezes, um caráter punitivo ou repressivo. As provas, vestibulares, entrevistas de trabalho, bancas examinadoras de todos os tipos, os concursos – todos eles nos remetem a esta percepção. Este é um modelo que poderia ter a seguinte caracterização: alguém ou um grupo detém um conhecimento e tem expectativas em relação ao conhecimento do outro e, neste encontro, há um julgamento que se faz a partir de critérios pré-estabelecidos.

Sem dúvida é preciso superar esta visão da avaliação como prática autoritária e de controle - oriunda do senso comum, mas aplicada também em equipes e instituições. Isto tem gerado resistência junto a trabalhadores e gestores de saúde, quando se propõe processos avaliativos dos programas de saúde. Esta concepção, segundo Furtado (62), desvirtua o que deveria ser avaliar tomado como “ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa” e assumindo o sentido de “aviltar”.

Do ponto de vista pedagógico, Paulo Freire (63) nos introduz uma primeira relativização no olhar daquele que observa (e avalia) o outro: “quem observa o faz de um certo ponto de vista, o que não situa o observador em erro. O erro na verdade não é ter um certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele”.

Em contraposição à visão de autoridade e controle há certo consenso no campo da avaliação (um dos poucos) de que “avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programa, serviço), com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando a tomada de decisão” (62).

Complementar a esta idéia da avaliação como juízo de valor, Demo (64) defende que avaliar não é um processo somente técnico mas também uma questão política. Pode ser um exercício autoritário ou “um projeto em que avaliador e avaliando buscam e sofrem mudanças”. É a chamada “avaliação emancipatória” (64).

A partir do surgimento da pesquisa participante, começou a se ampliar o interesse pela avaliação qualitativa. Isto se articula, segundo Demo ao interesse também por “políticas de teor qualitativo”, como por exemplo, questões relacionadas à cultura, à identidade comunitária, à participação, etc. Daí surge a necessidade de “disputar em face de políticas quantitativas as mesmas chances na realidade social” (64). Não se trata de demonizá-las, colocando-as uma contra a outra, pois é claro que se necessitam e são complementares.

O que é preciso superar é a idéia de que, se o tratamento quantitativo está mais apto a aperfeiçoamentos formais (pode ser testado, verificado, mensurado), não se pode levar ao exagero de reconhecer como real somente o que pode ser mensurável. Para o autor, na qualidade “não vale o maior, mas o *melhor*, não o extenso, mas o *intenso*, não o violento, mas o *envolvente*, não a pressão mas a *impregnação*” (64).

Demo (64) coloca ainda que o centro da questão qualitativa é a participação, tomada por ele como processo histórico de “conquista da autopromoção”. A participação traz menor teor de desigualdade, de mercantilização, de exploração.

Para finalizar, resgatamos deste autor a idéia de que a avaliação qualitativa deve levar em conta principalmente a qualidade de vida atingida. E para ele é preciso buscar uma qualidade política que se refere à arte da comunidade de autogerir-se, a criatividade cultural, a capacidade de inventar seu espaço próprio, sua autodeterminação, dentro dos condicionamentos objetivos. Esta perspectiva é bastante convergente com a concepção ampliada de produção de saúde e de saúde mental adotada nesta pesquisa.

## 2.2. Avaliação em saúde – breve histórico

A avaliação de programas e políticas públicas tem sido uma vertente cada vez mais crescente no mundo todo (65, 66). Diversos países têm priorizado a avaliação como forma de aperfeiçoar e qualificar políticas voltadas a diversas populações, na área da educação, saúde, habitação, entre outros.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (65) a demanda dos governos para avaliação de políticas, em alguns países (Canadá, Inglaterra, EUA) vem de várias décadas e há um crescimento no interesse e propensão em adotar uma orçamentação por programas e gestão orientada por resultados – mas com diversidade de abordagens no “controle de qualidade”. Isto levou a formulação de dispositivos legais, princípios e parâmetros para balizar a avaliação.

Para Hartz e Contandriopoulos (65) historicamente é no setor educacional dos EUA, nas décadas de 70 e 80 que se originam os padrões de avaliação dos programas públicos, referenciados pelo *Joint Committee in Standards for Educational Evaluation* – JCEE. Muitos países aderiram a estes parâmetros e são respaldados por organismos internacionais voltados para o financiamento e avaliação dos programas de ajuda ao desenvolvimento.

Para Mercado et al. (67) o crescimento do interesse em avaliação de políticas e programas sociais, tanto no Primeiro Mundo quanto na América Latina, atende a diversas demandas, destacando-se a de organismos internacionais, quando ofertam programas de ajuda. Há também pressões advindas das próprias organizações, para transparência das ações ou como justificativa para intervenções estatais ou cortes orçamentários.

Segundo relatório da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (68) há uma vertente político-econômica na avaliação, ainda muito forte, que prioriza as questões relacionadas à economia de gastos, o trabalho com evidências para reduzir procedimentos dispendiosos e desnecessários. O objetivo é avaliar as tecnologias e modos de intervenção para verificar sua eficácia, segurança e custos e a relação entre custo-eficácia.

Como citado anteriormente, muitos programas de avaliação e monitoramento de políticas públicas surgem como demanda de instituições financiadoras de programas, como o Banco Mundial ou agências de fomento internacionais. No Brasil, temos o exemplo do

PROESF<sup>2</sup>, que com recursos do Banco Mundial pôde expandir tanto as equipes de Saúde da Família, como infra-estrutura e formação na Atenção Básica.

Mercado et al. (67) indicam que a maioria das práticas avaliativas em todo o mundo segue o “modelo tradicional”, ou seja, aquele baseado na tradição positivista, com foco em avaliações experimentais, de custo-benefício ou gerenciais. Este modelo positivista se fundamenta no pressuposto de que é possível avaliar uma realidade objetiva, quantificável e mensurável, portanto, com caráter científico.

Furtado (62) mostra que esta tradição positivista se apresenta nas origens da avaliação de serviços e programas (anos 60), diante da “carência epistemológica e da busca de legitimação” destes programas, o que levou os pesquisadores a estudos experimentais, diante da ambição de testar o programa “cientificamente” para medir os efeitos sociais. Esta ambição de racionalização, obviamente não foi bem sucedida, diante da complexidade das situações avaliadas.

Em um breve histórico, Furtado (62) faz uma retrospectiva do desenvolvimento da avaliação de programas e serviços, que é considerada por alguns autores como tendo sua origem (do ponto de vista operacional) já nos anos 30, quando o pesquisador Ralph Tyler realizou estudo sobre currículos não ortodoxos do nível secundário e o desempenho subsequente dos alunos no nível universitário. Segundo o autor, este estudo supera a avaliação como medição e inaugura os primórdios da avaliação formativa (denominada assim posteriormente).

Segundo alguns autores (62, 65, 66), nos anos 60 houve uma demanda crescente de avaliação nos EUA em função das iniciativas voltadas para o bem-estar social em função

---

2 Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, do Ministério da Saúde com cofinanciamento do Banco Mundial (US\$ 550 milhões de dólares) para ampliação e qualificação da Saúde da Família, nos municípios de maior porte (acima de 100 mil hab.) Tem três componentes: I) conversão do modelo da atenção básica, com ênfase na expansão da Estratégia Saúde da Família (modernização institucional, reorganização administrativa e das práticas, entre outros); II) desenvolvimento de recursos humanos (destaca-se a possibilidade de realização de capacitação em áreas temáticas, onde poderia entrar o componente de saúde mental) e III) estruturação e implementação de metodologias e institucionalização de monitoramento e avaliação do processo do desempenho da atenção básica. O projeto tinha vigência de 2002 a 2009 e ainda foi renovado até 2013. Ou seja, é um programa de largo alcance, com consideráveis recursos de empréstimo.



das políticas vigentes à época. Neste sentido, é importante destacar que a avaliação surge como uma “racionalidade instrumental concreta, na busca de melhoria das condições sociais” (62).

É então nesta época que se constroem os pilares do debate sobre avaliação, com grande produção de textos e artigos sobre o tema e a criação de algumas associações científicas e corporativas. Nos anos 60 ainda houve significativos esforços para elaboração de um arcabouço teórico no campo da avaliação de programas, com a discussão de modelos. Segundo Furtado (62) neste momento se faz a distinção da avaliação somativa e formativa, se reitera a função de julgamento de valor das avaliações e se critica os modelos vigentes.

Somente nos anos 80 é que o tema da avaliação ganha terreno na Europa e Austrália. E nos anos 90 a avaliação atinge status de profissão e área de especialização, já com expressiva produção neste campo.

### **2.3. As quatro gerações da avaliação**

Guba e Lincoln (69) definiram quatro gerações na história da avaliação. Elas resultam de processos de desenvolvimento de construção e reconstrução.

A primeira geração teve como foco a **mensuração** e foi desenvolvida em ambiente escolar com testes de inteligência e avaliação de desempenho. Os autores citam também toda uma tradição científica de teóricos que buscaram formas diferenciadas de mensurar (como Darwin, Galton e Wundt, no final do séc. XIX) e o surgimento do gerenciamento científico nos negócios e indústrias.

A segunda geração da avaliação (anos 20 e 30) trabalhou no campo da avaliação de programas educacionais. Situada no período pós-guerra, trabalhou a revisão curricular neste contexto: rever os objetivos escolares e tomar o desempenho dos estudantes como objeto de estudo para descrever o impacto das mudanças nas novas habilidades necessárias aos alunos. Esta geração é marcada pelo **esforço descritivo**.

A terceira geração (final dos anos 50) trabalha com o **julgamento**. Alia a mensuração e descrição, mas com avaliação do mérito das intervenções.

Os autores identificam vários problemas nestas gerações de avaliadores, que são sintetizadas por Furtado (70) como: tendência à supremacia do ponto de vista gerencial; incapacidade de acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos nos programas e por fim, a hegemonia do paradigma positivista (desconsideração do contexto, predomínio dos métodos quantitativos, crença em uma verdade única).

Guba e Lincoln (69) definem então a quarta geração de avaliadores que supera os referenciais anteriores e tem como base uma **avaliação inclusiva e participativa**. Os autores não acreditam em avaliação como um processo estritamente científico, pois tratar a avaliação desta forma é desconsiderar seu caráter social, político e orientado por valores. A intenção dos autores é definir uma abordagem emergente e mais madura, para além da mera ciência, que inclua uma miríade de elementos: humano, político, cultural, contextual.

Esta geração marca uma diferença importante das gerações anteriores, que eram orientadas pela descrição, mensuração e julgamento. Há então uma passagem para um outro nível de avaliação onde o conceito chave é a negociação. Isto define algumas características específicas: a) os resultados das avaliações não são descrições das “coisas como elas são” ou de “verdades” mas representam construções significativas de indivíduos ou grupos para dar sentido à situação em que se encontram e b) os achados não são fatos, mas são literalmente construções, a partir de um processo interativo que inclui tanto o avaliador, quanto os stakeholders (aqueles que tomam as decisões). O que emerge deste processo é uma ou mais construções que são a realidade do caso (70, 71).

#### **2.4. Avaliação de programas no Brasil**

No Brasil a área da avaliação de programas e serviços de saúde se desenvolve mais fortemente no início dos anos 90, com a Constituição de 1988 e as leis orgânicas da saúde e a expansão das ações do SUS (62). Entretanto, é possível identificar diversos estudos brasileiros já na década de 70 no campo da avaliação em saúde, que foram levantados em revisão realizada por Silva e Formigli (72): “estudos de avaliação de serviços (Paim et al, 1978) ou de programas (Lessa, 1973) e estudos de utilização de serviços (Carvalho et al, 1988; Tanaka e Rosenburg, 1990), além de estudos sobre a descentralização das ações de saúde (Silva, 1989; Formigli et al, 1992) e de implementação de políticas públicas”.

Os modelos de avaliação e monitoramento participativos na área da saúde são ainda mais recentes na América Latina e no Brasil especificamente. As abordagens tradicionais na área da saúde são as avaliações econômicas, epidemiológicas e gerenciais. A crítica que se faz é que este tipo de avaliação foca na medição do impacto, no desempenho e nos resultados dos programas com prioridade ao olhar de um dos atores (67).

Segundo o Ministério da Saúde (73) a avaliação em saúde no Brasil ainda é um processo incipiente, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo ao invés de ser subsidiário do planejamento e da gestão.

Para Novaes (66) nos anos 90 surge a noção de “empoderamento” dos agentes dos programas (profissionais e população) o que cria uma nova dimensão para a avaliação, sobretudo com as transformações sociais ocorridas neste período e as novas teorias da ação social. Para ela, há uma passagem da perspectiva do “dever institucional” para a “mobilização individual”.

Mercado et al. (67) identificam o surgimento de novos modelos de avaliação que se contrapõe ao modelo positivista hegemônico, que é chamado por eles “enfoques emergentes”. Estes enfoques baseiam-se em outros paradigmas, dentre eles os chamados: interpretativo, crítico ou participativo.

Mercado et al. (67) relatam que as mudanças políticas nos países latino-americanos e na Península Ibérica no início do século XXI trouxeram conceitos que influenciaram diversos campos do conhecimento, dentre eles o da Saúde. Conceitos como o de democracia, transparência, equidade pluralidade, solidariedade e participação.

As políticas e programas de saúde refletem este clima e na vertente da avaliação estes conceitos também terão sua influência. As abordagens emergentes da prática avaliativa recebem diversas denominações: **avaliação qualitativa/participativa, democrática, de atribuição de poder, de quarta geração, interpretativa ou crítica.** Estas abordagens têm em comum o fato de se oporem ao modelo hierárquico e autoritário do paradigma positivista.

Nesta perspectiva, a Participação é o novo marco no campo avaliativo, que inclui a ampliação dos atores na definição dos critérios das pesquisas avaliativas (65, 67, 69), a busca pela mudança nas práticas com a democratização das instituições, a atribuição de poder a determinados grupos, bem como o aprendizado no processo (64, 67, 74).

Este modo de avaliar participativo, segundo Santos Filho (75) busca na avaliação um “meio efetivo de acompanhar, produzir novas interrogações, aprender com a experimentação”. Neste sentido, busca-se uma avaliação que seja co-construção com os sujeitos envolvidos na produção de saúde. A avaliação é tomada então como dispositivo em que os valores não são previamente dados, mas descobertos no processo avaliativo (58).

Segundo Passos et al. (74) a avaliação se faz não por “aplicação de valores sobre uma determinada realidade, mas por construção coletiva de valores comuns, com os quais a realidade, ela própria, se modifica”. Não é de outro lugar que se avalia, senão do lugar das práticas de produção de saúde, com a implicação de trabalhadores e usuários (75). Avaliação como co-produção de sentidos, na busca do bem comum.

## **2.5. Sobre modelos de avaliação**

São inúmeras as formas de avaliar programas e serviços e é corrente nos autores sobre o tema da avaliação de que existem tantas formas de avaliar quanto o número de avaliadores. Silva e Formigli (72), na década de 90, já identificavam que havia poucos “acordos de grupo” no campo da avaliação, em função da diversidade terminológica e de modelos. Furtado (62), ainda mantém esta análise da diversidade e da dificuldade de categorizações e classificações de consenso neste campo.

Há também uma enormidade de tentativas de classificação ou tipologização das formas de avaliação, de acordo com seus objetivos, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia dominante, principais atributos, entre outros critérios (62, 65, 66, 67,72).

Uma primeira distinção importante parece ser a demarcação dos grandes campos avaliativos. Adotaremos duas abordagens, para efeito da discussão que se pretende nesta pesquisa.

Novaes (66) a partir de uma revisão da literatura internacional especializada produzida nos anos 90 identifica os critérios nucleares que organizam os processos de avaliação. Segundo esta autora, é possível identificar três grandes tipos de avaliação, a partir da combinação de critérios: pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para a gestão.

Na pesquisa de avaliação o objetivo principal é a produção de conhecimento reconhecido academicamente e que poderá servir como orientador de decisão, quando este é o objetivo buscado. Geralmente estas pesquisas buscam a identificação do impacto das ações avaliadas e, quando possível, buscam estabelecer relações de causalidade. Tradicionalmente estas pesquisas eram predominantemente quantitativas, mas é crescente a inclusão de abordagens qualitativas neste campo, para avaliar o impacto do programa nas condições de vida da população (66).

Para a autora estas pesquisas, muitas vezes, são solicitadas por instâncias públicas com poder decisório na implementação e reorientação das macro-políticas, sendo preciso garantir um certo distanciamento dos pesquisadores para garantir o desenvolvimento adequado da investigação.

Se por um lado, é importante garantir certo “distanciamento” do pesquisador acadêmico, quando realiza pesquisas a partir de demandas de instituições (quer sejam públicas ou privadas) também é interessante o esforço de aproximação academia-gestão, para produção de conhecimento que seja de interesse e de utilidade da gestão pública.

Novaes (66) coloca esta questão como o “dilema da articulação entre produção de conhecimento e sua utilização, ou entre a prática científica e a técnica e a prática política” e relata que esta questão faz parte da história da Avaliação de Programas como prática institucional.

O Sistema Único de Saúde, sobretudo a partir do Ministério da Saúde, tem trabalhado na perspectiva de aproximação gestão-academia, a partir da percepção de que a pesquisa em saúde é fundamental para a formulação e aperfeiçoamento das políticas públicas e a melhoria das condições de vida da população (76).

Nesta vertente, pode-se citar o Programa Pesquisa para o SUS – PPSUS: gestão compartilhada em saúde (76), criado em 2004 que prevê o financiamento de pesquisas em temas prioritários para a saúde da população, na busca de um estreitamento entre as práticas do SUS e o desenvolvimento científico e tecnológico. Este programa também prioriza a “superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde” o que se mostra bastante pertinente em um país ainda com grandes concentrações de renda e de produção científica, sobretudo na região Sul-Sudeste.

Contudo, ainda é bastante atual o desafio de aproximação do campo da saúde pública ao universo da ciência, tecnologia e inovação e segundo o Guia do PPSUS (76), para que possibilite “pesquisas que gerem conhecimentos e tecnologias que venham a contribuir para a prevenção de agravos, a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais, melhorando as condições de vida das pessoas”.

Há ainda a avaliação para decisão que tem como principal objetivo produzir subsídios e elementos sobre o objeto estudado, com profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e equacionamentos possíveis. Este tipo de avaliação trabalha com maior objetividade na produção de respostas às perguntas produzidas pelo estudo. O avaliador interno tem papel decisivo neste tipo de avaliação (ao contrário da pesquisa avaliativa) e os desenhos costumam ser mistos (quanti e quali) a considerar a complexidade dos objetos destas avaliações, tomados em seu contexto natural, além de serem relativamente abertos (66, 69).

Já a avaliação para a gestão, segundo Novaes (66) objetiva a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, em uma política ou condição que está dada. Não se trata então de buscar sua fundamentação ou justificativa e nem mesmo seu aprimoramento, mas a melhoria desta condição ou situação estudada. Geralmente utilizam-se metodologias quantitativas, podendo estar associadas a abordagens qualitativas. Estas avaliações são de cunho observacional e desenvolvidas em contexto natural ou mesmo na rotina administrativa, segundo Novaes (66). A informação produzida é priorizada para o desenvolvimento de indicadores e para a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas no cotidiano do contexto avaliado. (p. 5)

Furtado (62) em revisão bibliográfica realizada sobre o tema da avaliação de programas e serviços de saúde indica a importância de se distinguir **avaliação normativa, pesquisa avaliativa e pesquisa acadêmica**. Sem buscar tipologias ou classificações próprias, o autor define que a **avaliação normativa** é feita corriqueiramente por aqueles que coordenam um programa ou serviço, e costumam ter forte componente gerencial. Além disto, é sustentada pelo pragmatismo do cotidiano e se baseia em normas e padrões pré-estabelecidos.

A pesquisa avaliativa e a científica têm ambas o intuito de imprimir rigor a seus procedimentos superando a simples opinião ou convicção. Mas a **pesquisa científica** busca conclusões a partir de uma questão elaborada no âmbito acadêmico, por um investigador que objetiva a produção do conhecimento. Entende-se que nesta pesquisa há maior grau de autonomia e evitam-se aspectos valorativos ou teleológicos (62).

A **pesquisa avaliativa** busca subsídios para a solução de problemas práticos, a partir de um investigador preocupado, desafiado por alguma situação problemática e para tomada de decisões – opera em um campo mais delimitado do cliente e necessariamente lança mão de amplo leque de disciplinas dada a complexidade dos programas que avalia. Além disto, ela não deve perder seu compromisso com a utilidade prática de seus produtos (62).

Outra distinção importante destacada pelo autor, no campo da avaliação, são as distinções entre abordagem somativa e formativa. Podem ser definidas da seguinte maneira:

- avaliação somativa: destinada à tomada de decisões sobre determinado programa com base em uma visão global dele (se será encerrado, continuado ou expandido). Habitualmente é endereçada a gestores e tem um foco importante no levantamento dos custos e dos resultados. Alguns críticos alegam que esta avaliação segue o modelo da caixa preta, pois avalia somente as entradas e saídas (produtos) de um serviço ou programa – mas tem sua importância para avaliar a pertinência de um programa.

- avaliação formativa: tem como objetivo aperfeiçoar um programa, com diagnóstico de suas fragilidades e vulnerabilidades – aqui os gestores e trabalhadores diretos, além de outros grupos de interesse devem estar envolvidos para superação dos problemas identificados.

Por fim, abordaremos a tríade “estrutura-processo-resultado”, de A. Donabedian (77), que se tornou clássica no campo da avaliação em saúde. Para este autor, a estrutura se relaciona aos recursos utilizados (físicos, humanos, materiais), que favorecem ou não os cuidados em saúde. A avaliação de processo inclui todas as ações realizadas pela equipe e pelo próprio paciente para a melhora da saúde. Inclui a identificação e a resolução de problemas, e para isto vários métodos podem ser utilizados (78). Por fim, a avaliação de resultados foca nas consequências da atenção oferecida pelos profissionais e pelos serviços na saúde de indivíduos e da população.

Esta tríade tem sido largamente utilizada pelo campo da avaliação e muitas vezes revisitada com alguns acréscimos. Mas segundo Silva e Formigli (72) há limitações na aplicação deste tipo de referencial, quando na avaliação dos serviços de saúde. Primeiramente as autoras questionam a homogeneização de fenômenos de natureza muito distinta englobados em um mesmo “rótulo” como, por exemplo, recursos materiais e humanos.

Além disto, as autoras questionam a pressuposição de uma “harmonia” ou “ordem” entre os componentes da tríade, que não se verifica na prática concreta dos serviços, ou seja, a estrutura não influi necessariamente no processo e este nem sempre tem relação com o resultado. Alegam também as dificuldades de se pensar este modelo em situações em que se desloca o foco do cuidado médico para níveis mais complexos de organização das práticas de saúde.

Apesar das críticas, ainda é uma classificação que tem forte influência nos processos avaliativos em geral, e por isto deve ser levada em consideração como um referencial mais global.

Conforme pode se constatar, são inúmeras as formas de classificar os tipos de avaliação, e muitas vezes estas tipologias servem mais para um conhecimento geral do campo do que para uma aplicação mais prática. A tomar as duas tipologias apresentadas pode-se identificar coincidências e divergências, porém, tem-se uma noção de que para avaliar é preciso definir, sobretudo: a) o que se quer avaliar (objetos); b) quais os objetivos da avaliação; c) como se quer avaliar (métodos) e d) a aplicabilidade dos resultados.

## **2.6. Atributos tradicionais da avaliação em saúde**

Em breve revisão realizada por Silvia e Formigli (72) foram descritos os principais atributos das práticas de saúde e de sua organização social, que podem ser objeto de avaliação. As autoras os agrupam da seguinte forma:

I) **cobertura, acessibilidade e equidade**: relacionados com a disponibilidade e distribuição social de recursos;

II) **eficácia, efetividade, e impacto**: relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas;



III) **eficiência:** relacionados com os custos das ações

IV) **adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente** (qualidade técnico-científica)

V) **percepção dos usuários sobre as práticas** (satisfação dos usuários, aceitabilidade)

O primeiro conjunto de atributos – cobertura, acessibilidade e equidade – seguem como pilares na construção do SUS. Ainda há no país diversas lacunas assistenciais que exigem dos gestores, nas três instâncias do SUS, esforços contínuos de ampliação da rede de serviços de saúde. Mas sabe-se que não basta ampliar a cobertura de ações e serviços, mas é preciso garantir acessibilidade a eles. A existência de um serviço não garante que este seja acessível, e há ainda no SUS, importantes barreiras de acesso aos cuidados em saúde, sobretudo para populações em maior vulnerabilidade (79).

Além disto, é preciso garantir que a cobertura e a acessibilidade atendam ao princípio da equidade, ou seja, que a oferta dos serviços atenda de forma diferente os diferentes.

Este conjunto de atributos já exige uma multiplicidade de formas de avaliação. Sem dúvida, é preciso partir de análises quantitativas para um primeiro mapeamento do cenário assistencial. Mas não se pode alcançar qualquer análise mais aprofundada destes atributos sem que se proceda a algum tipo de análise qualitativa destes fenômenos. Trata-se de superar a clássica dicotomia quanti vs. quali, conforme já abordado, tão afeita à cena acadêmica, que quando transposta à gestão, deve perder seus contornos mais definidos para servir ao pragmatismo e também à complexidade das políticas públicas.

Segundo Onocko Campos e Furtado (80) o reconhecimento da complexidade, coerência e articulação interna entre os componentes dos paradigmas quantitativo e qualitativo não significa que sejam excludentes. Deve-se partir da premissa de que um será subsidiário do outro, de acordo com o foco do que se queira pesquisar.

No segundo conjunto de atributos - eficácia, efetividade, e impacto trata-se de uma visão sobre o efeito das ações e práticas de saúde implementadas. Segundo Silva e Formigli (72) a utilização destes conceitos varia bastante entre os autores. As definições de eficácia, eficiência e efetividade, por exemplo, são bastante discutidas.

Para estas autoras há até mesmo superposição de sentidos de alguns conceitos. Eficaz é “o que produz o efeito desejado”, eficiência é a “ação, força, virtude de produzir efeito” e efetivo é o “que se manifesta por um efeito real”. A efetividade também pode ser vista como um atributo composto pela eficiência e eficácia (72).

As autoras apontam que a eficácia tem sido definida como “efeito potencial ou efeito em determinadas condições experimentais” e efetividade como o “efeito real num sistema operacional” (72). Para o conceito de eficiência parece haver maior concordância entre os autores, correspondendo às relações entre custos e resultados ou entre resultados e insumos.

No quarto conjunto de atributos das ações e serviços que podem ser objeto de avaliação temos a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente. O debate fundamental que nos interessa colocar é aquele do conhecimento científico baseado em evidências quantitativas vs. evidências qualitativas baseadas na experiência e nas narrativas dos usuários.

É pertinente então analisar este eixo de atributos com o quinto e último conjunto de atributos proposto por Silva e Formigli (72), a saber, a percepção dos usuários sobre as práticas de saúde (satisfação dos usuários, aceitabilidade) como aspecto fundamental a ser avaliado.

Saraceno et al. (81) afirmam que a satisfação dos usuários é variável importante na avaliação e que vários estudos o fazem de modo complexo, quando aliam a avaliação da satisfação com outras variáveis: clínicas, sociais, de utilização dos serviços, história psiquiátrica e resultados dos tratamentos.

No campo da pesquisa qualitativa vêm sendo desenvolvidos estudos que não só consideram a percepção dos usuários como um atributo fundamental na avaliação, mas que, ao radicalizar este princípio, consideram que a palavra do usuário deve ser o eixo norteador das práticas avaliativas. E nesse sentido, distinguem-se de outras pesquisas de satisfação, pois estamos falando de incluir as dimensões avaliativas que eles próprios apontam como importantes, com a permeabilidade de impactar nos desenhos da pesquisa (80).

Por fim, destaca-se que a avaliação deve ser um processo contínuo, não ocasional e deve envolver os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços em todas as suas etapas (65, 82). É fundamental instrumentalizar as equipes a realizarem pesquisas quantitativas e

qualitativas, com indicadores apropriados, que produzam uma linguagem compreensível, devendo ser consideradas todas as opiniões, natureza e razão das discordâncias.

Para Hartz e Contandriopoulos (65) além destes processos inclusivos, há necessidade de se fazer uma meta-avaliação como uma estratégia de legitimar a avaliação em curso. Os resultados daí decorrentes devem validar decisões de mudança no sistema informativo, no programa e na prática do serviço. Segundo Pitta (28) deve-se construir desenhos de pesquisa, técnicas e instrumentos que não sejam artificiais a ponto de descaracterizar as práticas e serviços.

## **2.7. O debate sobre qualidade da avaliação em saúde**

Segundo Novaes (66), na tradição da avaliação de programas, com foco na qualidade, os parâmetros avaliativos são o ponto de partida para o processo (e não o ponto de chegada). Há nesta perspectiva, uma valoração dos serviços de saúde como produtos de mercado. Segundo esta autora, a partir do desenvolvimento do capitalismo “o valor de troca de um produto passa a depender também de uma garantia de estabilidade no seu valor de uso, ou seja, de uma determinada qualidade”. E os mecanismos para garantir esta qualidade têm a ver com o desenvolvimento do processo de produção industrial, que guardam forte relação com a Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Campos (83) quando constrói um método para análise e co-gestão de coletivos - o método Paidéia – indica que a racionalidade gerencial hegemônica, que toma como base a Administração Científica taylorista, trabalha com alguns princípios, que embora tenham sofrido mudanças no início do séc. XX, ainda mantém como eixo a *disciplina e o controle*, como métodos de gestão. Campos defende que a racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o princípio de “aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria”. Seguindo nesta lógica “Estes sistemas mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranho) a eles.”

Estas teorias da Administração foram “evoluindo” e reconhecendo que a emoção (ou algo de subjetivo) poderia existir no processo de trabalho nas organizações, com interferência na produtividade. Isto levou a um aprimoramento das técnicas gerenciais,

chamado de “reengenharia organizacional”, no contexto também da automatização e informatização do trabalho. O desenvolvimento tecnológico e a expansão do neoliberalismo levam o trabalhador a novas posições diante do desemprego estrutural, da desmobilização dos mecanismos de representação e mobilização coletivas (83).

Segundo o autor, há conceitos fundamentais que pautam a reorganização do processo de trabalho no séc. XX: flexibilidade, interdisciplina, terceirização, parceria, gestão do conhecimento e mesmo a noção de criatividade, voltada sempre à produtividade. Mas para ele, a maioria dos trabalhadores continua presa a tarefas repetitivas e desconectadas do sentido geral do processo produtivo.

Como podemos ver, esta tradição da racionalidade gerencial produz determinado tipo de avaliação, para controle da qualidade dos serviços realizados pelos profissionais, com critérios estabelecidos para atender ao mercado. Nesta perspectiva, se entrelaçam os conceitos de mercado-qualidade-eficiência-competição, que seria a base dos critérios avaliativos.

Uma outra consequência da lógica de mercado é a redução de custos e aumento da eficácia do trabalho em saúde, que levou a uma redução no poder de decisão e autonomia no trabalho clínico, com o aumento de protocolos e padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas que controlam o cotidiano dos serviços (81).

Para Onocko Campos (84) - ao fazer uma discussão sobre o Planejamento Estratégico tomado pela racionalidade instrumental (controladora) -, na lógica privada, a eficiência é sinônimo de dominação, mas pode haver um pólo contra-hegemônico que toma a eficácia como realização pessoal.

Para esta autora, na Teoria Geral da Administração, o sujeito deve se adaptar à organização e seu controle. Haveria então uma lógica invertida que define que o sentido das organizações seria a busca da eficiência e não a melhoria da vida dos homens. Se na equação eficácia-eficiência há maior ênfase nesta última, prioriza-se os fins ao invés dos meios. Este seria, segundo a autora (84) o “efeito colonizador da razão instrumental”.

## CAPÍTULO III – AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

### 3.1. Avaliação em saúde mental

Uma breve história: uma paciente de um serviço público de saúde mental relata a uma profissional que seu relógio havia sido roubado. Imediatamente, a técnica, ávida por dar uma resposta “efetiva” ao problema, diz à paciente que irá levar o caso à coordenação do serviço, que provavelmente irá proceder a uma busca pelo relógio e a uma apuração junto à equipe e usuários. A paciente ouve com muita atenção todas as medidas que serão tomadas e percebe a aflição da técnica, preocupada com o encaminhamento administrativo e o desfecho do caso. Em dado momento, a usuária diz à técnica: “liga não... o que preocupa mesmo são as minhas horas roubadas...”

A cena acima nos coloca algumas questões importantes. Se formos avaliar esta cena, de início, seria importante analisar: que valores estão envolvidos nesta relação profissional-usuário?

O que seria mais importante nesta situação: restituir o relógio à paciente ou suas horas perdidas?

Esta breve história nos remete à complexidade da tarefa de definir o que seriam as boas práticas em saúde mental. Para se pensar em avaliar ações de saúde mental, quer seja nos Centros de Atenção Psicossocial, na Atenção Primária temos que enfrentar esta questão.

Diversos autores nos advertem sobre as dificuldades e a complexidade da avaliação em saúde mental. Pitta et al. (28) diz que a questão da avaliação da qualidade de serviços de saúde mental parece obedecer a características peculiares em relação a outras avaliações. A mera extensão da cobertura, o número de consultas, internações, procedimentos laboratoriais, por si só não satisfazem critérios de boa qualidade em saúde mental.

A busca por tomografias e outros tipos de exames neurológicos complexos se apresenta como uma importante demanda não só dos médicos, mas da população em geral. É preciso provar a existência da doença mental, ainda acreditam muitos<sup>3</sup>. Ou seja, o que pode ser “boa qualidade” de atendimento para a população (exames e medicação) pode não

---

3 A discussão sobre a “prova” da doença mental a partir das idéias de Foucault foi abordada no Capítulo I.

sê-lo para uma boa parte dos profissionais de saúde mental, que apostam em outras formas de intervenção.

Uma das tradições para se definir boas práticas (ou as melhores práticas) é a Medicina Baseada em Evidências. Com forte influência no campo da Saúde em geral, tem produzido diversos manuais e *guidelines* mas tem sido muito criticada no campo da saúde mental. Lecomte (85) retoma razões econômico-políticas para a emergência do “movimento das melhores práticas” e define dois modelos subjacentes a seu desenvolvimento: o modelo baseado em evidências e o modelo de consenso de *expert*. O autor afirma que há uma dinâmica que se relaciona aos investimentos que os governos fazem em relação às pesquisas em áreas prioritárias, seguindo os conhecimentos empíricos de nível internacional. Esta ação se baseia no postulado de que com a melhora dos conhecimentos nas áreas prioritárias na saúde e sua difusão, haverá uma maior eficácia nas práticas e um maior controle ou diminuição de gastos (eficiência).

Isto levou alguns profissionais do campo da saúde mental, os psiquiatras especificamente, a uma resposta a esta demanda. A Associação Americana de Psiquiatria - APA, segundo o autor, desenvolveu então linhas-guia (*lignes directrices*) em psiquiatria. O que levou a APA a desenvolver parâmetros para a prática médica se resumem em 5 pontos: 1) melhora na qualidade do cuidado; 2) poder de negociação dos médicos (retaguarda científica com as linhas-guia para a definição das melhores práticas, não necessariamente as menos caras); 3) demanda do governo para que se justifiquem as formas de cuidado, para que sejam utilizadas de forma racional; 4) ameaça ao poder psiquiátrico (por exemplo a definição de linhas-guia para o cuidado da depressão, por organização de médicos de família).

Se analisarmos as razões da APA para a construção de *guidelines* parece haver um misto de melhores intenções clínicas com uma defesa corporativa arraigada. Temos então que o desenvolvimento das chamadas melhores práticas podem ser originadas, em diferentes contextos, por razões de ordem econômico-políticas ou por razões de poder, que quase sempre estão associadas.

Thornicroft e Tansella (86) alertam que o planejamento das ações de saúde e saúde mental baseado em evidência tem tido muitas controvérsias, o que exige uma análise crítica e minuciosa do contexto histórico-cultural.

Para estes autores, os pilares na definição das boas práticas são: a **ética, a base de evidências e a base de experiências**. Defendem o que chamam de modelo equilibrado de saúde mental. O caminho que os autores percorreram para definir cuidados em saúde mental equilibrados foi a busca das experiências acumuladas de vários países, conjugando estes três elementos, sempre em busca de melhores resultados para as pessoas que sofrem de desordens mentais.

Os autores apontam que um dos consensos entre os países pesquisados é de que, para a definição dos serviços de saúde mental comunitários, são centrais os seguintes critérios (86):

- a) os serviços devem refletir as prioridades dos usuários e cuidadores;
- b) a evidência mostra que é preciso ter cuidados comunitários e hospitalares de forma equilibrada;
- c) os serviços devem estar próximos à casa das pessoas;
- d) os serviços devem ser flexíveis e volantes;
- e) as intervenções devem considerar os sintomas e as incapacidades
- f) os serviços devem se adaptar às necessidades de cada indivíduo.

Campbell et al. (87) definem duas dimensões principais da qualidade do cuidado para pacientes individualmente: acesso e efetividade. A pergunta essencial é: os usuários dos serviços conseguem o cuidado que necessitam e este cuidado é efetivo?

A efetividade é então definida por 2 componentes: **efetividade do cuidado clínico e efetividade do cuidado interpessoal**. A efetividade do cuidado clínico depende da efetiva aplicação do **cuidado baseado em conhecimento** (*knowledge-based care*). Cuidado baseado em conhecimento se refere à medicina baseada em evidências como também ao cuidado que é visto como legitimado pelo profissional e pela equipe. Este cuidado está relacionado a aspectos que podem largamente serem aceitos sem necessariamente terem evidências científicas de efetividade.

O cuidado baseado em conhecimento incorpora tratamentos ou serviços que são consistentes com a razoável expectativa do paciente e a padronização profissional contemporânea do cuidado, ambos refletindo as normas profissionais e sociais. O cuidado é

descrito como “baseado em evidências” somente quando há boa evidência científica, com uma ligação entre processo e resultado.

O cuidado também demanda uma apreciação da qualidade do **cuidado interpessoal, da experiência pessoal do paciente sobre a doença e da percepção da comunicação com o profissional de saúde**. Deve ser planejado *para e com* a concordância do paciente, por meio da negociação com o médico, como uma “tomada de decisão compartilhada” significando o “cuidado baseado no paciente”. Pode algumas vezes parecer uma taxa de implementação do cuidado baseado em evidências (87).

Além disto, para este autor, a coordenação e integração do cuidado individual do paciente é também um importante atributo da efetividade do cuidado e é particularmente relevante para a atenção primária.

A coordenação do cuidado é um conceito que tem sido central na formulação da atenção básica no mundo e no Brasil (2, 5). Refere-se à efetividade com a qual cada profissional conduz com outra organização ou com outro profissional da mesma organização, ações que direta ou indiretamente afetam o cuidado com o paciente (88). Além da coordenação do cuidado, a garantia da continuidade revela a existência de uma relação terapêutica (e transferencial) com um profissional de saúde e é também uma chave importante para o cuidado das pessoas com transtornos mentais (83).

Bower (89), em revisão da literatura, sugere que os serviços de SM na APS devem alcançar: a) efetividade: serviços devem promover saúde e bem-estar e b) eficiência: recursos limitados devem ser distribuídos para maximizar saúde para a população.

Há também o conhecimento de que outros objetivos devem ser alcançados, apesar de pouco explicitados: 1) acesso – os serviços devem prover a necessidade da comunidade; 2) equidade: os recursos devem ser distribuídos de acordo com as necessidades.

É difícil a definição dos aspectos objetivos em saúde mental, mais que em outras áreas, pois estão fortemente atravessados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições, aumentando as dificuldades em avaliar.

Além disto, Pitta et al. (28) elencam outras dificuldades específicas e estruturais, que nos cabe enfrentar: a) o conceito de SM ou bem-estar psíquico são difíceis de definir e são sensíveis à cultura local não havendo homogeneidade para avaliar; b) a concordância sobre definições diagnósticas bem como o consenso da natureza etiopatogênica, mesmo nos



quadros mais graves é um desafio e, ao mesmo tempo uma riqueza científica; c) as modalidades terapêuticas dependem de diferentes orientações etiopatogênicas e culturais e determinam aportes tecnológicos bastante diversificados.

Com isto, o estabelecimento de indicadores, critérios e parâmetros de avaliação torna-se tarefa complexa. Para estes autores, se tomarmos critérios que se referem a estrutura, processo e resultado somente, haverá uma excessiva rigidez para avaliar situações nem sempre precisas. Boa estrutura, diversidade de procedimento, bons dados estatísticos, não necessariamente garantem a qualidade de um serviço, mas podem trazer elementos que, se agregados a outros fatores e descrições, podem enfrentar o problema da construção de formas de avaliação.

A OMS (81) realizou um projeto denominado *Innovative Approaches in Service Evaluation* que discute algumas linhagens da avaliação em saúde e seu impacto no campo da saúde mental.

Neste projeto, Saraceno et al. (81) apontam é fundamental para se discutir avaliação no campo da saúde mental a retomada do conceito de reabilitação, que deve ser revisto, considerando a desinstitucionalização ocorrida em vários países nas últimas décadas mas também as novas cronicidades (aqueles pacientes que não foram institucionalizados mas demandam cuidados em saúde mental na comunidade). Além disto, há que se considerar a ampla discussão sobre os direitos dos pacientes, fruto dos movimentos de usuários e familiares cada vez mais atuantes. Isto muda o perfil dos usuários e dos familiares, além da ampliação da proteção dos direitos individuais e coletivos por parte das instituições do Estado.

Segundo Saraceno (90) a reabilitação é antes de tudo uma necessidade ética. Não significa uma técnica para passar o usuário de um estado de incapacidade para um estado de habilidade. Mas o conceito fundamental para este autor é o poder contratual de cada um. Isto nos faz relacionar com nossa família, com o trabalho, com as redes sociais. Esta é a grande habilidade do indivíduo: efetuar suas trocas afetivas e materiais. A reabilitação seria “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.

Para Pitta (91) reabilitação psicossocial implica em uma ética de solidariedade, que possa ajudar os sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes a transitar melhor

em seu cotidiano, com “o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade”.

Neste sentido a reabilitação é mais do que um conjunto de técnicas mas uma postura estratégica dos serviços, orientado para demandas complexas.

Outra questão abordada por Saraceno et al. (90) é a qualidade do cuidado em psiquiatria. Este tipo de abordagem, originada nos EUA, tem o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado ofertado pelos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que busca a redução de custo, com critérios previamente definidos.

Para estes autores, desde que a avaliação foi tomada como “julgamento de valor” são necessárias referências e determinados padrões que respondam a uma simples pergunta: o que é bom ou ruim em saúde mental?

Para responder a esta simples questão podem ser usados três sistemas de valores:

1. a partir de estudos fundamentados de eficácia de tratamento (estudos controlados randomizados, quase inexistentes)
2. a partir de critérios éticos (de respeito aos direitos humanos, direito à assistência equitativa, digna, acessível)
3. a partir de um sistema misto de *standards* obtidos por pesquisas quasi-experimentais e *standard* técnicos (definidos a partir de consenso), aliados à definição de eventos sentinela.

Um princípio adotado pelos autores é o seguinte: qualquer prática que melhore o bem-estar do paciente e sua satisfação, respeitando suas necessidades e demandas, assim como ações que seguem tratamentos adequados a estes valores podem ser consideradas boas práticas.

Avaliar qualquer atividade de saúde significa, na prática, comparar o que se observa com o que, no momento, se considera como a melhor intervenção possível. Avaliar é portanto confrontar o que vem sendo feito cotidianamente com o que deveria ser feito (90).

O estudo feito por Saraceno et al. (90) busca estabelecer indicadores de satisfação orientados a descrever a qualidade de vida percebida e o parecer de satisfação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços. Os autores destacam a importância dos “indicadores *soft*” em psiquiatria, como contribuição ao que os estudos

etnoepidemiológicos trouxeram nos últimos 15 anos, valorizando variáveis negligenciadas anteriormente.

Trata-se de recursos “invisíveis”, relacionados aos aspectos afetivos, ambientais, ao estilo de trabalho, à motivação e às expectativas da equipe de trabalho, que acabam por constituírem elementos decisivos na multiplicação dos resultados existentes nos serviços.

Os autores trabalham também com a noção de multiplicador-demultiplicador de recursos, através de variáveis coligadas à motivação ética, social, afetiva da equipe, que agem como fatores de risco ou de proteção. Para eles, motivação escassa e elevado nível de conflitos entre equipe devem reduzir o referencial de satisfação com o serviço nos três segmentos (usuários, familiares e profissionais). Algumas características dos procedimentos de acolhida (cortesia, afabilidade, discrição, solidariedade, atenção aos acompanhantes) e tratamento (presteza, eficácia, eficiência) deverão multiplicar os níveis de satisfação dos mesmos segmentos.

Almeida (78) realizou um estudo de caso em um CAPS do Rio de Janeiro com o objetivo de conhecer a concepção dos trabalhadores sobre a utilização dos resultados de uma avaliação de serviços, os instrumentos mais adequados, a opinião sobre processos de avaliação já desenvolvidos e sobre determinados parâmetros para a avaliação no campo da atenção psicossocial.

Na opinião da maioria dos trabalhadores, os instrumentos mais adequados para avaliar os serviços de Saúde Mental seriam a supervisão e discussões em grupo, com roteiro de avaliação qualitativa. Alguns instrumentos, tradicionalmente utilizados no campo da atenção psicossocial, como os questionários de satisfação de usuários, técnicos e familiares não foram mencionados por nenhum dos respondentes. Os índices de avaliação da qualidade dos CAPS desenvolvidos pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde também não foram citados como os instrumentos mais adequados de avaliação.

O que podemos aprender com estes resultados? Primeiramente, há uma indicação dos profissionais de que priorizam mais o processo avaliativo do que instrumentos tradicionais como questionários de satisfação ou índices de avaliação formulados pela gestão.

Segundo, estes resultados apontam a relevância do apoio da gestão às equipes na oferta de diferentes formas de realizarem uma avaliação qualitativa e participativa. Como exemplos, já foram citadas a supervisão clínico-institucional para equipes de serviços de saúde mental, mas também o apoio institucional ofertado pela Política Nacional de Humanização. Isto nos parece bastante pertinente para se pensar uma proposta avaliativa que não seja uma atribuição delegada somente às equipes, mas que seja co-responsabilidade da gestão.

### **3.2. Construção de indicadores: desafios para o campo da saúde mental**

De início, faz-se necessário uma breve discussão sobre as diversas definições e concepções sobre indicadores, que vão desde as definições clássicas da epidemiologia às definições mais qualitativas, como a dos indicadores-analisadores (75).

Rouquaryol e Almeida Filho (92) apontam que, em 1952, a Organização das Nações Unidas apontou a necessidade de uma medida que expressasse o “padrão de vida” ou “índice de vida” das coletividades humanas e dada a complexidade do tema, bem como a impossibilidade de se criar um indicador global, definiu diversos componentes para se pensar o nível de vida. Dentre eles estão a saúde, alimentação, educação, condições de trabalho, consumo e economias, transporte, habitação (com saneamento e instalações domésticas), segurança social, entre outros.

Para estes autores, apesar da saúde estar listada como primeiro aspecto para dimensionar o padrão de vida, paradoxalmente, esta avaliação vem sendo feita tradicionalmente pela quantificação de óbitos. Os indicadores de saúde representam uma medida indireta da saúde coletiva pelo uso de coeficientes e índices, que muitas vezes estão associados a dados sobre mortalidade. Utilizam-se óbitos ao invés de casos de doenças em função das dificuldades de registro de doenças específicas (92). Mas esta realidade está em processo de mudança.

Pode-se verificar isto, por exemplo, no “Programa de avaliação para qualificação do SUS”, colocado em consulta pública neste ano (junho de 2011), pelo Ministério da Saúde,

que prevê a avaliação de desempenho do sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. As dimensões priorizadas foram o acesso e a satisfação dos usuários. O que se verifica no rol dos indicadores colocadas na consulta, é ainda uma forte presença de indicadores de mortalidade, mas também a agregação de outras medidas, como consultas de pré-natal, cobertura vacinal e proporção de cesárias.

Segundo a RIPSA (93) indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Geralmente estão atrelados a metas e parâmetros, quantificáveis, para avaliação e comparação posterior da gestão.

Há uma tradição em se trabalhar os indicadores em uma concepção de quantificação da informação, vinculados a critérios de confiabilidade, validade, precisão, exatidão (65, 93)

Estas seriam algumas das dimensões do alcance dos indicadores. Mas Santos Filho (75) defende que os indicadores, além de apontarem o estado de saúde, podem também apontar as diversas dimensões de saúde, a satisfação dos usuários, os movimentos institucionais, bem como podem ser indicativos do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores. Para ele, a quantidade mede somente um aspecto da qualidade e os números alcançam aspectos muito parciais da realidade.

Além disto, é fundamental lembrar que os indicadores (e qualquer outra forma de avaliação) refletem o sistema de valores do profissional que os constrói, priorizando algumas dimensões em detrimento de outras.

Justamente por refletir um sistema de valores, a área da Saúde tem trabalhado com indicadores qualitativos que envolvem tanto os processos de trabalho como a satisfação do usuário (94). Com a mudança e ampliação do conceito de saúde e a superação da idéia de cura, como tarefa primordial dos serviços, foram incluídas outras variáveis no cuidado, como alívio, conforto, bem-estar. Logo, os indicadores de qualidade devem buscar uma abrangência maior.

No campo da saúde mental, há diversos autores que apontam as dificuldades e especificidades de construção de indicadores neste campo (28, 71, 78, 81, 95).

Segundo Lancman (95) há uma carência de indicadores de saúde mental em função da pouca utilização da epidemiologia e pela dificuldade de transposição de seus instrumentos para esta área. Muitas vezes são usados parâmetros da área hospitalar que não condizem com a realidade dos novos serviços e ações de saúde mental no território.

A autora refere que os diagnósticos psiquiátricos são de baixa confiabilidade, quer pela falta de um esquema teórico passível de comprovação laboratorial e universal, quer pela forma rápida e superficial com que muitas vezes são realizados. Este aspecto já foi discutido anteriormente, quando foram relatadas também as dificuldades específicas e estruturais com relação ao conceito de saúde mental ou bem-estar psíquico, bem como à dificuldade de concordâncias sobre definições diagnósticas entre os profissionais (28).

Saraceno et al. (81) já nos apontaram o caminho: é importante na área de saúde mental a formulação de “indicadores *soft*” com destaque para variáveis negligenciadas anteriormente. Além disto, se tomarmos os indicadores - aliados a processos avaliativos formativos e participativos - como **indutores de boas práticas**, estaremos avançando na construção de uma proposta avaliativa mais potente.

### 3.3. Os sentidos da avaliação nesta pesquisa

Na discussão desta pesquisa retomamos alguns conceitos clássicos no campo da avaliação para pensá-los na construção de uma proposta avaliativa em saúde mental. Isto nos leva à necessidade da rediscussão de todo o conjunto de atributos, se consideramos que o campo da saúde mental trabalha com uma clínica onde o terapêutico pode se dar justamente naquilo que não é evidenciado. Coloca-se então o desafio de identificar evidências que não podem ser “provadas” (no sentido clássico positivista) mas que são processuais, e sobretudo relacionadas à experiência do sujeito, na relação profissional-usuário, usuário-comunidade, entre outras.

Neste sentido, segundo Campos (96) seria preciso pensar modalidades avaliativas que logrem “desvendar o modo de funcionamento das políticas públicas, considerando a essência deste conceito, ou seja, ações coletivas voltadas para a construção do bem-estar social e individual, apesar das distintas capacidades de sobrevivência dos seres humanos, das instituições e das sociedades”.

Para pensar então a que e a quem serve uma Política Pública, e neste caso, a Política de Saúde Mental na Atenção Primária, definiremos alguns princípios básicos para nortear o que se quer avaliar.

Política, como já definido acima, entendida como tudo o que diz respeito aos cidadãos, sua relação com a sociedade, as formas de poder e as condições em que são exercidas. Segundo estes autores (97):

[...] a política como ciência, pertencente ao domínio do conhecimento prático e é de natureza normativa, estabelecendo os critérios da justiça e do bom governo, e examinando as condições sob as quais o homem pode atingir a felicidade (o bem-estar) na sociedade, em sua existência coletiva.

Nesta definição de política temos uma aproximação bastante visível com a clínica, que pondera em cada ato cotidiano, o que pode significar para cada indivíduo o bem-estar e a felicidade, ora do ponto de vista de sua existência individual, ora do ponto de vista de sua “existência coletiva”.

Torna-se então inadiável a necessidade, em qualquer avaliação no campo da saúde (e talvez em outros campos), atualizar o que se entende e o que é possível pactuar naquele contexto de avaliação, como sentido comum do que se quer para as práticas de saúde em questão. Enfim o que se entende por produção de saúde naquela conjuntura.

Destacam-se, então, alguns princípios para a avaliação:

- O marco teórico-político desta pesquisa é de que a avaliação deve ser co-construção, junto com múltiplos atores de interesse, de modo a estabelecer seus alicerces e parâmetros. Esta vertente da avaliação – avaliação participativa – tem se mostrado bastante potente na avaliação em saúde. Para que a avaliação produza sentido para os atores envolvidos é preciso que seja feita da forma mais democrática possível.

- Partimos do pressuposto de que a avaliação deve ser um processo de constante formação. Compartilhamos com Furtado (70) a idéia de avaliação como dispositivo. Neste sentido, se avaliação e formação devem ser indissociáveis, temos com Freire (63) que

“quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado”.

- Adotaremos, como norte, que a avaliação deve servir ao aprofundamento e fortalecimento do SUS, atendendo a seus princípios, sempre atuais, de integralidade, universalidade e equidade. E ainda, com a adoção de modelos marcados pelo conceito de território, de co-responsabilização pelo cuidado, pela gestão focada no usuário, pela resolutividade, onde quer que o paciente seja atendido.

- Nesta delimitação, é necessário explicitar o modelo de saúde mental adotado para se pensar processos avaliativos, sobretudo na articulação saúde mental e atenção primária. O marco de referência para esta pesquisa é o modelo de atenção psicossocial, a ser co-construído pela SM e APS, que priorize os cuidados comunitários, de base territorial, com amplas frentes de trabalho clínico-políticas.

- Trabalha-se também com o princípio de que a “pesquisa avaliativa deve incluir a própria política de avaliação como objeto de pesquisa: uma metaavaliação” (74).



## **CAPÍTULO IV – ABORDAGEM METODOLÓGICA**

### **4.1. A Hermenêutica crítica como fundamento da pesquisa**

A construção e desenvolvimento desta pesquisa se deu a partir do referencial metodológico da hermenêutica crítica, apoiado sobretudo nos textos de Hans-Georg Gadamer (98).

O esforço hermenêutico ou a “consciência formada hermeneuticamente” marca a pesquisa desde sua origem (98). E como se dá este processo?

Para Gadamer (98), a escolha de um objeto de investigação se dá a partir do presente e das questões que não compreendemos ou que nos são estranhas. Mas a compreensão só é possível à medida em que nossas opiniões prévias não fiquem na arbitrariedade. É preciso que o intérprete se dirija aos textos não a partir das opiniões prévias mas que “examine expressamente essas opiniões quanto à sua legitimação, ou seja, quanto à sua origem e validade.” Só chegaremos à compreensão a partir da tradição em que se contextualiza o texto.

Isto não significa a ausência de pré-compreensões. Lemos os textos com opiniões prévias de conteúdo, que constituem nossa pré-compreensão. Segundo Gadamer (98), não é necessário esquecer todas as opiniões prévias, mas o que se exige é que se esteja “aberto para a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias”. E quando não ouvimos o que o outro (ou o texto) tem a nos dizer, acabamos por não conseguir integrar o “mal-entendido” em nossas próprias e variadas expectativas de sentido. É preciso deixar o texto nos dizer algo.

O autor conclui então que “a tarefa hermenêutica se converte por si mesma num questionamento pautado na coisa em questão” e já se encontra sempre co-determinada por esta. A consciência formada hermeneuticamente deve mostrar receptividade à alteridade do texto, sem que isso pressuponha uma neutralidade. Implica, segundo o autor, uma apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais, ou seja, dar-nos conta dos próprios pressupostos. “São os preconceitos não percebidos os que, com seu domínio, nos tornam surdos para a coisa que nos fala a tradição.” (98) Deve-se reconhecer o caráter

essencialmente preconceituoso de toda compreensão.

Além desta postura de reconhecer os preconceitos para poder compreender o texto, Gadamer aponta que os objetos de investigação só passam a ter uma significação quando são “interpelados pela tradição”. A partir do presente e das questões não compreendidas buscamos a investigação do passado, e este passado é sempre “uma pluralidade de vozes”. O passado só aparece nesta pluralidade de vozes e isto, para Gadamer, é a essência da tradição. O interesse do investigador que se volta para a tradição é motivado pelo presente.

Logo, podemos a partir de Gadamer e da hermenêutica crítica, dizer que a significação de uma investigação não se dá ao final do processo, mas é seu ponto de partida.

A presente pesquisa se iniciou com um questionamento sobre os desafios que estavam colocados para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica em direção à atenção básica. Havia um processo que chamava a atenção: à medida que se avançava a desinstitucionalização e a expansão dos serviços de saúde mental no país aumentavam também os problemas identificados no território. Mais oferta, mais demandas, mais problemas. Problemas que a Reforma Psiquiátrica induziu a surgir.

A desconstrução da resposta unívoca do manicômio exigia uma miríade de novas respostas, multidimensionais, para o cuidado das pessoas com transtornos mentais desinstitucionalizadas. Trocamos a simplicidade e a tranquilidade das instituições asilares pelo turbilhão do “cuidado em liberdade”, na atenção de base comunitária e territorial. E no território tudo acontece...

O complexo processo de desinstitucionalização impõe às equipes de atenção básica novas atribuições. As pessoas longamente institucionalizadas passam a viver em suas casas ou voltam para suas famílias, ou montam repúblicas solidárias (às vezes solitárias), enfim, estão de volta à cidade, à comunidade, mesmo que muitas vezes invisíveis.

Mas não é só isso. À medida que a Estratégia Saúde da Família foi também se expandindo nacionalmente, ampliando acesso e se responsabilizando pelas demandas do território, seria inevitável o contato com uma enormidade de pessoas no território, que

nunca tinham sido institucionalizadas, mas que também exigiam das equipes uma abordagem psicossocial.

Mas na tentativa de reconhecer preconceitos e transformá-los em investigação a partir da “interpelação da tradição” foi possível colocar perguntas a estes problemas.

De início foram estudadas as tradições da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e da Atenção Primária, para se chegar a algumas questões: Como ampliar o acesso às pessoas com transtornos mentais neste nível de atenção? Como cuidar daquelas pessoas em intenso sofrimento psíquico que chegam às equipes de Saúde da Família? O que se buscava nestas ações, como realizá-las? Afinal, a atenção básica fala outra língua? Ou há uma linguagem comum a estes dois campos?

Com o desenvolvimento desta política, sobretudo ao longo dos últimos dez anos, quando houve uma significativa expansão da rede de atenção psicossocial, as questões tomaram a feição de seu tempo: há inúmeros consensos sobre como fazer ações de saúde mental na atenção básica, há inúmeras experiências em consolidação, e surgem então novas perguntas: Como estão se dando estas ações? O que as fez disparar? Quais seus balizadores? Quais são ainda seus entraves? Podemos pensar o que são boas práticas nesta área e induzir processos de avaliação que permitam as equipes pensar o que significa melhorar a qualidade de vida das pessoas que precisam de cuidados em saúde mental?

A partir destes questionamentos, surgiu então o tema da avaliação das ações de saúde mental na atenção primária. O desafio colocado era avaliar uma política em pleno desenvolvimento e consolidação. Pensar critérios de avaliação, indicadores e parâmetros de atenção, a partir das experiências em curso, em plena experimentação, como possibilidade de institucionalizar as ações de saúde mental dentro da Política de Atenção Básica. É nesta perspectiva que se desenvolveu a presente pesquisa.

A postura hermenêutica, já abordada anteriormente, pode permitir então desvelar novos sentidos desta investigação. Veremos com Ayres (99) as múltiplas formas em que isto pode se dar.

Podemos considerar que a hermenêutica pode ser entendida de várias formas. Ayres (99) aponta cinco dimensões, que nos parecem bastante úteis para este trabalho. O autor

considera, a partir da obra de Gadamer, a hermenêutica como 1) traço ontológico-existencial; 2) como fundamento do conhecimento; 3) como traço constitutivo do cuidado em saúde; 4) como um tipo de estudo; 5) como estudo em saúde e finalmente como 6) estudo de avaliação em saúde.

A postura hermenêutica, segundo o mesmo autor, atravessa toda prática humana e permeia nosso cotidiano. Neste sentido produzimos “compreensões-interpretações que continuamente situam o eu, o outro e o nosso mundo de compartilhamento”. Além disto, é necessário um “situar-se hermenêutico” (99) para a produção de um conhecimento rigoroso, sobretudo nas ciências humanas. Estas seriam as duas primeiras dimensões abordadas.

Para abordar a terceira dimensão, o autor defende que, em algumas práticas, os procedimentos hermenêuticos se colocam em primeiro plano. É o caso das práticas de saúde, nas quais os “princípios de compreensão-interpretação-aplicação são a condição e justificativa de seus processos e desfechos” (99). O ato de cuidar requer estes princípios ou procedimentos.

Neste sentido, Ayres defende que por mais que a consulta médica esteja “colonizada pela lógica instrumental” (99) substituindo encontros terapêuticos, há sempre uma dimensão hermenêutica. Para este autor, atentar para esta dimensão, e investir nela é uma tarefa de extrema relevância para a melhoria da qualidade, da eficácia e da efetividade da assistência.

Mas a fundamentação hermenêutica da avaliação para este autor não se restringe somente à relação terapeuta-paciente mas deve se estender para os resultados destas práticas, podendo deter-se sobre a organização e gestão dos serviços, programas e políticas (80, 99). É importante esclarecer que Gadamer não propõe a hermêutica como um método, mas como um modo de se situar, necessário a qualquer conhecimento científico rigoroso.

Por fim, as três últimas dimensões abordadas por Ayres (99) se entrecruzam: apesar de não se poder falar, rigorosamente, em método hermenêutico, pode-se falar de um modo próprio de se buscar produzir conhecimento verdadeiro, denominado genericamente de estudo hermenêutico. Este tipo de estudo (ou caminho, como diz o autor) pode ser aplicado

às práticas de saúde, e sobretudo à avaliação em saúde, que exigem uma tarefa constante de interpretação e síntese de saberes.

Para o autor, não importa saber se um estudo é estritamente hermenêutico ou não, pois nada seria mais contrário ao espírito hermenêutico. O que importa é que estes estudos possam propiciar “maior autocompreensão do sentido de nossas construções conceituais e expandir nossos horizontes de temas e meios de produção de conhecimento, especialmente no que se refere ao incremento de nossa sabedoria prática” (99).

Para alguns autores (99, 100) a “validação” deste conhecimento produzido hermenêuticamente, pode ser pensada a partir de elementos como coerência lógica, consistência argumentativa e originalidade. Segundo Ayres (99) a teoria gadameriana aposta que a validade advém “da própria história de seus efeitos”, se for fecunda e tiver sucesso prático.

#### **4.2. Breve relato de experiência**

Acompanho o tema da inclusão das ações de saúde mental na atenção primária, como assessora da Coordenação Nacional de Saúde Mental, desde 2001.

Em 2001 havia experiências municipais de articulação saúde mental-atenção básica em curso no país, mas não havia, no Ministério da Saúde, uma discussão consolidada sobre o assunto. Foram muitas as formas de aproximação entre Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica (veremos pela reconstrução histórica feita a seguir), na tentativa de construção de um discurso comum – a partir do alinhamento político-conceitual e de estratégias pensadas e transformadas em normas nacionais – mas os obstáculos, às vezes, pareciam intransponíveis, apesar de uma linguagem comum.

Ambas as áreas consideravam o “território” como conceito estruturante para as práticas clínicas e políticas, ambas apostavam no cuidado de base comunitária, e cada área, a seu modo, desenvolveu uma racionalidade sobre o impacto dos determinantes sociais no processo de adoecimento da população.

Apesar do “familiar” entre estas políticas havia sempre, nas discussões, um ponto cego em suas intercessões. Há um tensionamento entre as duas áreas, que pode tomar a forma do debate sobre generalistas vs. especialistas, especialização vs. não-especialização, coordenação do cuidado vs. centralização do cuidado. Isto acaba por se mostrar na história desta política (no recorte temporal escolhido 2001-2011), em que é possível verificar um crescente alinhamento conceitual de diretrizes e princípios, mas que não se traduziu em prioridades concretas, evidenciadas pela ausência de uma política específica de saúde mental na atenção básica (com diretrizes e financiamento definidos). Foram sete anos de construção teórico-política, iniciada em 2001, que só se institucionalizou como política em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A partir deste momento, foi possível ver uma maior concretude na articulação destas duas políticas. Houve um destaque para a relevância da saúde mental nas ações de atenção básica e clara priorização política, além do financiamento dos NASF, que fez ampliar enormemente a inclusão de profissionais de saúde mental nestes núcleos.

Junto com a participação e o acompanhamento da construção e implementação das diretrizes nacionais desta política, neste período, pude também participar de diversos cursos de formação de equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, que me permitiram questionamentos e novas abordagens sobre a política em questão.<sup>4</sup> Esta experiência permitiu uma certa avaliação do que Onocko Campos e Furtado (101) chamam de transposição das políticas públicas para a prática dos serviços (no caso, a de política de saúde mental para a APS). Ou seja, justamente avaliar o impacto destas diretrizes (que partiram de experiências locais e sempre a elas retornam) no cotidiano das equipes de atenção primária.

Este período importante da construção de uma política pública, de alcance nacional, teve momentos de tensionamentos políticos mas também de construção de sentidos coletivos, que possibilitaram seu avanço. É a partir desta experiência que a pesquisadora

---

4 Destaco alguns dos principais lugares: Norte – Manaus, Belém; Centro-Oeste – Brasília: cursos nas regionais de saúde das cidades satélites de São Sebastião, Núcleo Bandeirantes-Riacho Fundo, Paranoá, Plano Piloto, além de aulas no curso de Enfermagem da Universidade de Brasília; Nordeste: João Pessoa, Salvador; Sudeste – Vitória, São Paulo, entre outros.

buscará realizar a presente pesquisa. Afinal, concordamos com Minayo que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (102).

### **4.3. Pesquisa qualitativa e avaliação participativa**

A pesquisa qualitativa tem sido amplamente utilizada no campo da saúde. Há uma procura cada vez maior por estudos desta natureza, que têm servido de forma fecunda para entender as formas de adoecimento na população e para melhor compreender a vida dos pacientes, de maneira mais aprofundada (102, 103, 104).

Para Fossey et al. (105) as pesquisas qualitativas buscam formular questões ligadas à compreensão do sentido relacionado à experiência humana e ao mundo social. Além disto, estes autores defendem que os resultados destas pesquisas devem “iluminar” o significado, as ações e os contextos daqueles que são alcançados por elas.

No contexto desta investigação, interessa destacar que a pesquisa qualitativa trabalha com pressupostos fundamentais para a abordagem de situações complexas e multifacetadas, que exigem do investigador uma postura de reflexão permanente sobre seu objeto de estudo.

Para Minayo (100) as metodologias qualitativas trazem um inevitável imbricamento entre o conhecimento e o interesse do pesquisador, as condições históricas em que se dá a pesquisa, além da relação entre o pesquisador e o objeto. Este imbricamento deve ser permeável a críticas internas e externas, para uma objetivação cada vez maior do saber.

Para Minayo (100) a discussão da pesquisa qualitativa voltada para a saúde traz algumas especificidades, que serão construídas “nas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde-doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde”.

Segundo a mesma autora, esta perspectiva toma o campo da saúde como uma realidade complexa, que exige conhecimentos integrados e nos coloca questões relativas às

intervenções que devam se dar nestes contextos, sempre em cumplicidade com uma realidade social mais ampla.

Daí que a pesquisa qualitativa em saúde buscará a discussão dos modelos de saúde subjacentes às práticas em cena, das concepções sobre o processo de adoecimento presentes nos diversos atores envolvidos (usuários, profissionais, gestores, entre outros) que definem os resultados das ações de saúde sobre a vida dos indivíduos. Desvelar estas concepções e apontar seus efeitos é importante caminho para a construção de uma proposta avaliativa tal como colocada como objetivo da presente pesquisa.

Segundo Onocko Campos et al. (96) as metodologias qualitativas têm sido bastante adequadas para o estudo em saúde mental, em função da complexidade do objeto. A base epistemológica destas pesquisas se diferencia de métodos tradicionais baseados na neutralidade do pesquisador e em análises, sobretudo, quantitativas dos dados.

Conforme abordado no capítulo anterior, no campo da saúde mental as pesquisas qualitativas têm sido cada vez mais utilizadas, com importante expansão de pesquisas avaliativas com desenhos participativos neste campo (8, 71, 78, 80, 106).

Estes estudos qualitativos de cunho avaliativo participativo têm contribuído significativamente para a ampliação da inclusão de diferentes atores na pesquisa, bem como um aumento do grau de apropriação pelos diferentes agentes (74). Isto tem consequências importantes do ponto de vista técnico-político, pois ampliam as possibilidades de utilização dos resultados destas pesquisas, empoderam os grupos envolvidos e apontam necessidades de aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde e de saúde mental (80).

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, com uma dupla inserção na dimensão da avaliação, pois trata-se de um estudo que busca realizar uma meta-avaliação dos programas avaliativos do Ministério da Saúde em relação à saúde mental na atenção primária, ao mesmo tempo em que se propõe a construir uma proposta avaliativa com a construção de parâmetros e indicadores para esta área.



#### **4.4 Metodologias utilizadas**

No escopo desta pesquisa qualitativa avaliativa foram utilizadas diferentes técnicas para coleta de dados: análise documental, revisão narrativa da literatura e painel de especialistas (ou grupo nominal).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp com o número 621/2011 em 26/07/2011 (Anexo II).

##### **Análise documental**

Segundo Victoria et al. (103) a análise documental tem sido pouco utilizada em pesquisa qualitativa. Mas segundo as autoras, pode ser uma boa fonte de dados, sobretudo se aliada a outras técnicas, de forma complementar, de modo a ampliar as formas de evidenciar dados relevantes.

No caso desta pesquisa, a análise de documentos relativos à Política Nacional de Saúde Mental e de Atenção Primária permitiu fazer uma reconstrução histórica da articulação entre estas duas áreas (no período 2001-2011), bem como construir um pano de fundo para a análise dos artigos sobre experiências locais, ao sistematizar os princípios e diretrizes para a implementação de ações de saúde mental na rede básica.

Além disso, foi feita uma análise dos programas e instrumentos de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária disponíveis atualmente no Ministério da Saúde: Avaliar CAPS (instrumento de avaliação da Coordenação Nacional de Saúde Mental), AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), além das fichas do Sistema de Avaliação da Atenção Básica – SIAB, que contém dados de saúde mental.

Tanaka e Lauridsen (107) apontam o poder prescritivo, e também “formatador” das políticas do Ministério da Saúde, com um poder indutor de práticas a nível local. Entendemos também que os documentos relativos a estas políticas apontam as diretrizes e

agendas prioritárias destacadas pelo gestor federal, que têm importante impacto na implementação (sempre matizadas regionalmente) das experiências estaduais e sobretudo municipais de saúde.

Foram feitas diversas leituras deste material (documentos, relatórios, programas e instrumentos avaliativos do Ministério da Saúde) para ver o que se destacava como: a) os principais elementos e dimensões que devem ser considerados para avaliar as práticas de saúde mental na APS; b) as qualidades essenciais para se considerar uma boa prática neste campo; c) indicadores já existentes nestes documentos e programas de avaliação do Ministério da Saúde.

Com estas leituras, foram identificadas categorias de análise para a leitura dos artigos sobre as experiências municipais (e/ou estaduais) de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, identificando convergências e discrepâncias. Aqui, não foram priorizados elementos de quantificação ou de verificação das políticas, mas foi adotada, conforme Ayres (99) uma postura interpretativa, baseada na perspectiva hermenêutica.

Estas categorias de análise foram sendo revisadas à medida em que foi realizada a revisão narrativa dos artigos sobre articulação saúde mental na atenção básica, destacando-se também o que seria fundamental para a definição de parâmetros e indicadores para o campo.

Isto permitiu a construção de uma matriz de análise com parâmetros e indicadores discutidos em um painel de especialistas, com a construção de consensos sobre os componentes fundamentais para uma proposta de avaliação de ações de saúde mental na atenção primária.

### **Revisão Narrativa da Literatura**

A revisão narrativa da literatura tem sido usada tradicionalmente nas pesquisas qualitativas. Trata-se de levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, o que alguns autores dizem equivaler à revisão sistemática da literatura usada nas abordagens quantitativas (104).

Esta metodologia tem se mostrado uma prática bastante promissora no que se refere a convergências de informações de um ou múltiplos estudos empíricos. Há uma tendência de inovação neste campo, com a necessidade de métodos de síntese qualitativos (108). Este tipo de análise extrapola a descrição para a explicação, incorporando a abordagem qualitativa, por meio de técnicas narrativas ou interpretativas (109).

A revisão narrativa quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta e não parte de uma questão muito específica. Neste sentido, não exige um protocolo rígido para sua confecção, tal como usado para a metaanálise.

A revisão narrativa pode realizar a discussão de vários trabalhos científicos com rigor metodológico, de modo a identificar, através de determinadas categorias, semelhanças e controvérsias dentre uma quantidade de estudos da mesma área de pesquisa. Trata-se de um processo de descrição interpretativa, que tem como resultado final uma maior acurácia do desenvolvimento da área analisada (104, 110).

A partir da revisão narrativa foram definidas 6 categorias de análise. Estas categorias foram destacadas de acordo com sua relevância para o tema estudado e permearam todo o processo de interpretação da pesquisa, a partir da leitura exaustiva dos artigos e documentos.

## **Grupo nominal**

As técnicas de construção de consensos têm sido cada vez mais utilizadas nas pesquisas qualitativas. Estas técnicas são bastante úteis quando não há unanimidade de opinião sobre determinado tema ou por ser o tema inovador no campo de investigação. No campo da saúde são utilizadas tanto para a prática clínica como para embasar decisões no cotidiano das práticas dos serviços de saúde (111, 112).

Algumas vantagens do grupo nominal (ou painel de especialistas) se referem ao anonimato da escolha das respostas (em um primeiro momento), à interação na medida em que as respostas vão sendo consolidadas e à validação qualitativa das evidências permitindo a interlocução de diversos saberes envolvidos no assunto (111).

Estes grupos são estruturados de forma a incentivar a participação dos integrantes, com a interação dos saberes envolvidos, o que possibilita também a criação de compromissos com o material produzido (112).

Seguindo a literatura sobre grupos nominais, devem ser escolhidos oito a dez participantes, representativos do público que se pretende influenciar (111, 113). Para esta pesquisa, foram escolhidos sete participantes com o seguinte perfil: profissionais de saúde mental que trabalham na atenção primária ou no apoio matricial, profissionais da Atenção Primária que trabalham com saúde mental, gestores de saúde de experiências consolidadas na atenção primária e acadêmicos que pesquisam e publicam sobre o tema.

Propõe-se nesta pesquisa uma adaptação da técnica denominada Painel de Especialistas, pois a abordagem metodológica adotada visa superar a visão do especialista como acadêmico (112). Para tanto, foram incluídos diversos atores sociais – trabalhadores, gestores e acadêmicos. Os participantes do grupo puderam trazer as diferentes vozes dos grupos que representam e traduziram, no debate, a multiplicidade das experiências que constroem coletivamente.

Os critérios para escolha dos especialistas foram:

- 1) Representantes (profissionais e gestores da APS e SM) de municípios com experiências exitosas, reconhecidas nacionalmente (fontes: relatórios e documentos do Ministério da Saúde). Os municípios elegíveis foram Recife - PE, Florianópolis – SC, Fortaleza – CE. Podemos considerar que Rio de Janeiro e São Paulo estão representados indiretamente, pelos representantes da gestão e da academia, que trabalham ou trabalhavam até recentemente nestas redes.
- 2) Pesquisadores do campo, com pesquisas e publicações sobre a articulação SM e APS.
- 3) dois representantes do Ministério da Saúde, sendo um do Departamento de Atenção Básica e um da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

O grupo foi heterogêneo para dar conta das diversas dimensões a serem abordadas na avaliação em saúde mental na atenção primária e dos diversos tipos de experiências locais, dado que os especialistas tendem a criar consensos em torno das práticas que lhes são mais familiares (113).

A análise dos dados buscou contemplar estas características locais para a definição dos indicadores de avaliação (diferentes portes de municípios, diferentes regiões do país, tempos distintos de implantação das experiências, perfis dos profissionais envolvidos nas ações, entre outros).

Ao final deste processo foi realizada uma meta-avaliação dos programas de avaliação existentes no Ministério da Saúde, com a construção de indicadores e parâmetros consistentes, adequados à complexidade das ações de saúde mental na atenção primária.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (65) particularmente nos países em que a política nacional de avaliação ainda está em estágio incipiente, como no Brasil, faz-se necessário pensar a formulação de dispositivos legais, princípios e parâmetros para balizar a avaliação. É importante garantir a credibilidade da avaliação, como conceito chave neste campo.

Para eles, “o principal objetivo de uma meta-avaliação é verificar até que ponto os estudos analisados respondem aos pré-requisitos de uma avaliação adequada (mérito ou qualidade) e à necessidade de informações dos interessados (valor ou utilidade)...” (65).



## CAPÍTULO V - ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1. Análise documental

Nesta etapa da pesquisa foram analisados os documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes às diretrizes e regulamentações sobre a articulação saúde mental-atenção primária, no período de 2001 a 2011.

Foi feita a análise dos seguintes documentos:

1. *Relatório da Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica* (114), com a participação do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM)/MS e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica (março de 2001).

2. *Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”* (115), com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE, Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país (julho de 2003).

3. Documento *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica* (31) do Departamento de Atenção Básica e Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE (2004).

4. Portaria nº 1065, de 04 de julho de 2005 que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e resolubilidade da Atenção Básica (116).

5. Política Nacional de Atenção Básica – 2006 (5).

6. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 que institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (33).

7. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Capítulo “Saúde Mental no NASF” de 2009 (117).

8. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 – nova Política Nacional de Atenção Básica (40).

Em 2010, houve a publicação da Portaria 2843 de 20 de setembro de 2010 (118) que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 3, voltado sobretudo para a atenção integral às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Como esta portaria adota os mesmos princípios e diretrizes dos documentos anteriores, avaliou-se não ser necessário uma análise específica deste documento. Além disto, a portaria foi revogada em 2011.

Vale citar que, em 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – intersetorial (119), que produziu amplo relatório com propostas para as políticas públicas de saúde mental, com um eixo específico sobre saúde mental, atenção primária e promoção da saúde. Destacam-se algumas deliberações:

a) incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária e promover a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção;

b) garantir o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção;

c) incluir a saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica, com a definição de novos parâmetros e metas a serem pactuadas.

Além disto, há uma série de deliberações voltadas para a educação permanente, com vistas a qualificar e ampliar o escopo de atuação das equipes de Saúde da Família.



## **Relatório da Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (março de 2001)**

Importante destacar que este documento surge no mesmo ano da aprovação da Lei 10.216 (120) que é um dos principais marcos legais no campo da Reforma Psiquiátrica, bem como da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM). É um momento crucial para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira pois na década de 80/90 surgiram diversas experiências de reorientação do modelo assistencial na saúde (criação do PSF e PACS) e na saúde mental (com diversas experiências municipais) e, com a aprovação da lei federal, as deliberações da III CNSM e todos os marcos legais construídos neste período no SUS, criou-se uma enorme expectativa de expansão da rede de atenção psicossocial, com forte componente da atenção de base comunitária e territorial, onde a atenção primária teria papel estratégico.

Não é por acaso que a oficina se propõe a discutir um “plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica”, indicando ao mesmo tempo em que não havia algo desta envergadura, até então, e também que havia uma aposta nesta estratégia nacionalmente. Logo na introdução, é apontado que com a mudança de modelo assistencial e a expansão das ações na atenção primária, seria possível “alavancar este novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS”.

O relatório de 2001 aponta que “o quadro da atenção psiquiátrica e da atenção à saúde mental, não obstante os inúmeros esforços empreendidos evidenciam ainda um enorme desequilíbrio entre os recursos e os investimentos na internação hospitalar quando se compara com a rede de atenção de base comunitária” (114).

O cenário da assistência em saúde mental neste período ainda era bastante preocupante: dados de 2000 apontam que ainda havia no país 60.868 leitos em hospitais psiquiátricos (30). Mas em 2011 são 35.426 leitos (32). Em termos de gastos, os dados disponíveis mostram que em 2002, 75,24% dos gastos estavam concentrados na área hospitalar e somente 24,76% na área extra-hospitalar. Em 2010 (dado disponível), observa-

se outro cenário: 29,44% de recursos na área hospitalar e 70,57% de recursos investidos na área extra-hospitalar. Isto significa que neste período houve 40% de redução nos gastos hospitalares e 269% de aumento dos gastos extra-hospitalares (32).

### **O que se destaca no relatório**

O relatório de 2001 aponta que, naquela época, ainda era alarmante a concentração de leitos e recursos em hospitais psiquiátricos e a necessidade de identificar estratégias específicas para o enfrentamento desta questão. O sistema de saúde mental ainda estava concentrado nos serviços de atenção hospitalar psiquiátrica, com forte peso da rede privada.

Em 2001 não havia uma rede robusta de saúde mental que permitia uma retaguarda importante às equipes de PSF. Eram 295 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em todo o país e, como vimos, mais de 75% dos recursos financeiros da saúde mental estavam concentrados no componente hospitalar psiquiátrico. Podemos supor que muitos leitos psiquiátricos e poucos serviços de base comunitária produziam pouco efeito-demonstração das possibilidades de cuidado construídas pelos processos de desinstitucionalização.

Em 2002 foi criada normativa específica para os CAPS, a Portaria GM 336/02 (121) com financiamento extra-teto destinado a estes serviços. Isto permitiu uma importante expansão desta rede. Nesta portaria há uma clara definição da atribuição destes serviços em relação à atenção básica. Os Caps deverão

responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental do seu território e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território.

Mas como esta expansão mais expressiva da rede de saúde mental começa em 2002, com políticas e financiamentos definidos em normativas ministeriais, pode-se inferir que em 2001 não havia ainda esta perspectiva, de forma mais concreta, pois no relatório ora analisado, os CAPS não aparecem com papel estratégico de articulação e retaguarda para a atenção primária.

Outro destaque do relatório é a presença de experiências bem sucedidas de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, que permite a construção de “consensos mínimos” em torno do tema. Estes consensos (diretrizes, princípios) parecem ser bastante sólidos, pois permanecerão, em sua essência, ao longo do período estudado. O que se percebe é que haverá ênfase em outros aspectos desta articulação, nos documentos seguintes, atendendo a prioridades políticas e induções estratégicas para a época em que foram construídos.

Que consensos são estes?

- 1) A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica significa a retomada e radicalização dos princípios do SUS;
- 2) SM e APS trabalham com a reorientação do modelo assistencial e com princípios comuns: território, rede, trabalho com a família, mobilização de recursos comunitários.
- 3) Proposta de apoio especializado às equipes de Saúde da Família na proporção de 1 profissional para cada 8 a 10 mil habitantes.
- 4) Definição das prioridades no cuidado, com relevância para os casos graves. As prioridades ou situações de risco destacadas são: exclusão social, problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, suicídio em adolescentes e adultos jovens, psicose e transtornos mentais graves, situações de exclusão social (pacientes cronicados internados em hospitais psiquiátricos, população de rua, idosos em situação de abandono, etc.).
- 5) Assume-se a desinstitucionalização como princípio comum às duas áreas, com papel estratégico da AB na reinserção social e acompanhamento dos egressos de longas internações.

6) Ações que devem ser desenvolvidas pelas duas equipes: discussões de caso, intervenções conjuntas e visitas domiciliares, co-responsabilização pelo cuidado, supervisão e educação continuada. Destaca-se no relatório que, em 2001, não havia ainda a proposta do apoio matricial (o conceito não aparece no documento), apesar do relatório trazer vários elementos que o caracterizam.

Outro dado importante é que, naquele momento, estava se discutindo, além das diretrizes para o cuidado em saúde mental na atenção básica, também a possibilidade de uma política de financiamento destas ações, com uma estratégia para sua implantação, inexistente à época.

Entretanto, a inclusão das ações de saúde mental na APS, atualmente, se configura em outro cenário assistencial, com uma importante rede de atenção psicossocial de retaguarda. Em 2011 já são 1650 CAPS que tem como papel estratégico a articulação com a atenção primária.<sup>5</sup>

### **Relatório da Oficina de Saúde Mental - “Desafios da integração com a rede básica” - 2003**

Na ordem do desenvolvimento dos principais marcos da política de saúde mental na atenção básica, em 2003 foi realizada a Oficina “Saúde Mental: Desafios da Integração com a rede básica”, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, com a participação do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e profissionais de diversas regiões do país.

A oficina tinha como objetivo a consolidação de consensos sobre diretrizes, modelo organizacional e clínico e ações específicas sobre saúde mental na atenção básica, que foram trabalhadas no *Relatório da Oficina de Saúde Mental - Desafios da integração com a rede básica* (115). As questões principais que nortearam a oficina se referiam ao papel da

---

5 Além dos 1650 CAPS, há 596 residências terapêuticas com 3062 moradores; 3832 beneficiários do Programa de Volta para Casa (auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$ 420,00 para egressos de longas internações psiquiátricas; 640 experiências de geração de renda, 860 ambulatórios e mais de 50 Centros de Convivência (32)

atenção básica na atenção em saúde mental, quais os desenhos organizacionais possíveis, as principais estratégias para o desenvolvimento destas ações e as prioridades no atendimento e na co-responsabilização entre a atenção básica, caps/rede ambulatorial.

Neste momento, já havia um maior reconhecimento das experiências municipais em curso que trabalhavam com a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. A lógica que permeia todo este relatório é a de uma “costura” entre as duas áreas, e sobretudo, trazer para esta articulação, o aprendizado das experiências existentes. Isto fica evidente no trecho: “É importante que o modelo de gestão/política garanta um fluxo de diálogo entre a Saúde Mental, com conceitos e organização própria (com os CAPS como estratégicos à construção de Rede) e a Atenção Básica, enquanto origem/berço assistencial da Saúde Pública” (115).

O relatório destaca que é preciso haver uma adequação do Programa Saúde da Família aos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda apresentando muitas “contradições”. O Programa Saúde da Família deveria então incorporar a clínica ampliada e, a saúde mental, por sua vez, deveria ter uma postura de maior intervenção clínica neste campo da atenção básica. Os serviços de saúde mental também precisariam ter mais “coerência” com os princípios e diretrizes do PSF.

O documento segue neste alinhamento conceitual estratégico: “não haverá uma boa atenção básica sem CAPS apoiando estrategicamente, assim como não haverá bons serviços abertos territoriais sem atenção básica compondo a REDE” (115). É feita uma análise de que as equipes dos CAPS não estariam sensibilizadas para as novas tecnologias do PSF e que este também apresentava-se sem perfil ou qualificação mínimas.

Destaca-se também que há necessidade de que as ações de saúde mental sejam monitoradas e avaliadas através de metas e que sejam identificados indicadores na atenção básica, devidamente pactuados, para serem incluídos no sistema de informação da atenção básica. Indica ainda a importância de “investigação avaliativa do processo de implantação e das mudanças produzidas” (115).

Neste desafio é fundamental, segundo o relatório, a construção de respostas que contemplem as diversas problemáticas apontadas nas experiências em curso, com a

construção de parâmetros que atendam às necessidades e diversidades regionais e culturais. E por fim, é acentuada a importância de uma indução política, por parte do Ministério da Saúde, para que se ampliem as ações de saúde mental na atenção básica.

É importante lembrar que esta oficina acontece logo após o lançamento, em 2002, do PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, projeto do Ministério da Saúde com co-financiamento do Banco Mundial (no valor de U\$ 550 milhões de dólares), que tinha como foco a ampliação da Estratégia Saúde da Família, com qualificação do processo de trabalho e da atenção, nos municípios de maior porte - acima de 100 mil habitantes.

Neste período (2002-2003), foi feita uma articulação entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para que houvesse uma pactuação com gestores de saúde municipais e estaduais para priorizarem ações de saúde mental nos três componentes do PROESF (implantação de ações, formação e avaliação). Foram elaborados então subsídios aos municípios incluídos no PROESF, que tratavam da Política Nacional de Saúde Mental e das diretrizes para iniciativas de ações de saúde mental na atenção básica.

Estes subsídios foram, de certa forma, co-construídos e “validados” na oficina ocorrida na ABRASCO, para então se transformarem em uma proposta de “Carta de Compromissos” aos gestores de saúde, com a definição de responsabilidades mínimas que os municípios incluídos no PROESF deveriam assumir em relação às ações de saúde mental na atenção básica.

Cumprir notar que havia, nesta época, alguns ingredientes importantes para o avanço das ações de SM na rede básica: consensos sobre diretrizes, experiência acumulada e algum recurso para expansão das ações. Entretanto, observa-se que ainda não havia uma política mais clara para este campo, por parte do Ministério da Saúde, institucionalizada em normas ou portarias, com mecanismos fortes de indução junto a estados e municípios, definição de metas, financiamento específico e uma forma de avaliação e monitoramento para estas ações.

**Documento *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica* (2004)**

Em 2004 é lançado o documento *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Este documento tem maior relevância pois, ao contrário dos relatórios anteriores, foi amplamente divulgado por meio da publicação do Manual de CAPS (31).

Conforme relatado anteriormente, neste período havia mudanças importantes no cenário assistencial em saúde mental: já havia financiamento específico para a ampliação de CAPS desde 2002 (sendo possível constatar a duplicação desta rede<sup>6</sup>), havia programas voltados para a desinstitucionalização (com destaque para o Programa de Volta para Casa) e uma importante mobilização na rede de saúde mental para a discussão do tema da atenção primária.

Um exemplo disto pode ser visto no I Congresso Brasileiro de CAPS, que reuniu em São Paulo, trabalhadores representantes de mais de 500 serviços do país, além de gestores municipais e estaduais de saúde, universidades, conselhos, entre outros. Houve diversas mesas e discussões sobre o tema da saúde mental na atenção básica, o que possibilitou divulgar amplamente os princípios colocados no documento acima referido, com a divulgação do Manual de CAPS.

É o documento inaugural do Ministério da Saúde que adota a estratégia do matriciamento para organização das ações de saúde mental na atenção básica. Além disto, destaca também o papel estratégico da formação e propõe a inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica. Os CAPS aparecem como estratégicos na articulação destas ações, pois como já foi dito, havia nesta época uma política específica para estes serviços.

O documento de 2004 “*Vínculo e diálogo necessários*” também aponta que os CAPS devem fazer parte de uma rede diversificada e integrada com ações de saúde mental

---

6 Em 2001 eram 295 serviços tipo CAPS e em 2004 já haviam 605 (32).

na atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, entre outros.

Há ainda uma proposta de organização dos municípios a partir do seu porte e rede instalada: municípios com CAPS devem organizar matriciamento a partir dele (ou onde são insuficientes/inexistentes, devem implantar equipes volantes para fazerem o apoio matricial, além de planejarem a expansão dos serviços de saúde mental). Já os municípios abaixo de 20 mil habitantes devem organizar suas ações de saúde mental com uma equipe mínima de profissionais (1 psiquiatra ou clínico geral com formação em saúde mental, 2 técnicos de nível superior - entre psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais - e auxiliares de enfermagem).

O parâmetro adotado nesta época é de 1 equipe de saúde mental para 6 a 9 equipes de Saúde da Família ou para grupos populacionais de 15 a 30 mil habitantes. No relatório de 2001 também foi sugerido para pequenos municípios o parâmetro era de 1 profissional para cada 8 a 10 mil habitantes.

O documento também aponta um levantamento feito junto ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em que 56% das equipes referem realizar “ações de saúde mental”. Mas não há caracterização sobre como se realizam estas ações.

Os princípios fundamentais para a articulação saúde mental e atenção primária são os seguintes: noção de território, organização em rede, multiprofissionalidade/intersetorialidade, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, construção de cidadania e autonomia dos usuários.

Do ponto de vista clínico, há importantes diretrizes:

– a indissociabilidade dos problemas de saúde e de saúde mental:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (31).



- a necessidade de considerar os problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas como prioridade;

- a dupla tarefa da atenção básica que seria incluir a dimensão subjetiva dos usuários no cuidado em saúde (o sofrimento psíquico associado a quadros de ansiedade, angústia, fobias, entre outros) e os cuidados com as pessoas com transtornos mentais graves;

- evitar práticas de psiquiatrização e medicalização de indivíduos e coletivos em função de sofrimentos decorrentes da vida cotidiana.

- trabalhar o preconceito e o estigma primeiramente junto às ESF e também com a população;

- mobilizar os recursos comunitários com vistas à reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais;

- incluir a redução de danos como estratégia valiosa na atenção primária;

- trabalhar com as famílias como parceiras no tratamento.

Por fim, as principais características do matriciamento colocadas no documento (que fundam a estratégia até hoje) são: a) co-responsabilização pelo cuidado; b) discussões conjuntas; c) intervenções conjuntas; d) atendimento conjunto; e) supervisão e f) formação continuada (o matriciamento em si é uma forma de formação continuada).

Destaca-se ainda alguns atributos essenciais para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária:

- evitar os encaminhamentos com a ampliação da capacidade resolutiva das equipes de saúde mental e de saúde da família;

- trabalhar com a ampliação da clínica e com a interdisciplinaridade.

Podemos fazer uma síntese dos indicadores apresentados, para um panorama do que havia até então como propostas *preliminares* para avaliação das ações de saúde mental na atenção básica (31, 114, 115):

**INDICADORES PRIORIZADOS NOS RELATÓRIOS *Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (2001) e Oficina de Saúde Mental “Desafios da integração com a rede básica” (VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO – 2003)***

AÇÃO*	INDICADORES
1. Identificação da demanda	80% com algum sofrimento psíquico; 10% a 15% com transtornos leves e moderados; 3% com transtornos severos.
2. Redução das internações psiquiátricas	Redução das internações psiquiátricas; Redução das reinternações
3. Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente	Identificação e acompanhamento dos transtornos psiquiátricos graves (severos);
4. Atenção a pessoas com problema decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas	Identificação e acompanhamento de 50% dos casos esperados de dependência química grave
5. Atenção a crianças vítimas de maus tratos	Notificação e acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos;
6. Atenção a pessoas em risco de suicídio	Redução no número de suicídios e tentativas de suicídio;
7. Uso racional de psicofármacos	Redução do uso irracional de psicofármacos; Diminuição de prescrição de medicamentos
8. Mobilização dos recursos comunitários	Aumento da mobilização de recursos comunitários; Redução da violência no território
9. Atenção a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade	Ampliação dos dispositivos de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de vulnerabilidade
10. Acompanhamento dos pacientes desinternados	Reavaliação periódica e acompanhamento dos pacientes desinternados

\*A caracterização das ações foi feita pela pesquisadora. O relatório traz somente os indicadores tais como colocados na coluna direita desta tabela, sem maiores detalhamentos.

**INDICADORES PRIORIZADOS NO DOCUMENTO *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (2004)***

AÇÃO	INDICADORES
1- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool	% de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo
2- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas	% de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo
3- Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente	Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo
4- Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica	Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo
5. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia)	Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária
6- Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos	Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo
7. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio	Percentual de pessoas com tentativas de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)

Os relatórios também apontam a necessidade de se criar indicadores que identifiquem a melhora de qualidade de vida dos pacientes, com a ampliação dos vínculos familiares e sociais, além da redução de violência e ampliação de trabalhos comunitários e territoriais. É também apontada a importância da construção de indicadores processuais (apropriação do PSF do trabalho de Saúde Mental).

Os relatórios indicam, obviamente, a necessidade de revisão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e necessária pactuação dos indicadores nos três níveis de gestão do SUS, mas sem maiores detalhamentos sobre estes componentes.

### **A efêmera portaria sobre os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (2005)**

Em 2005, depois de longo período de discussões e construção de consensos entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica, foi instituída a Portaria GM nº 1065 de 04 de julho de 2005 (116), que criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família.

Esta normativa já identificava como imprescindíveis para o cuidado integral em saúde, diversas áreas temáticas, dentre elas a da saúde mental. A portaria trazia diretrizes mínimas de funcionamento dos núcleos, com a proposta de co-responsabilização pelo cuidado entre profissionais das equipes de Saúde da Família e especialidades, mas não aprofundava quais seriam estas atribuições.

Podemos considerá-la como a proposta inicial dos atuais Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de forma bastante embrionária. Não houve condições político-financeiras para a efetivação desta portaria, que foi revogada no mesmo ano.

## **Política Nacional de Atenção Básica (2006)**

Os relatórios analisados até o momento resgatam uma parte da história de articulação entre as áreas de Saúde Mental e Atenção Básica, entre 2001 até 2005.

Em 2006 é lançada a Política Nacional de Atenção Básica (5), que expressa sua revitalização, fruto de ampla discussão com atores políticos diversos (gestores, profissionais, acadêmicos, usuários). Este documento é publicado no contexto do Pacto pela Vida, Pacto Em defesa do SUS e Pacto de Gestão.

A política redefine os princípios gerais da assistência, as responsabilidades de cada esfera de gestão, infra-estrutura, recursos necessários e financiamento, além de tratar sobre o processo de trabalho. A prioridade definida desde os pactos é a Estratégia Saúde da Família, que deve ser ordenadora das redes de atenção em saúde no SUS.

Uma das principais características do processo de trabalho das equipes é a “programação e implementação das atividades, com a priorização de soluções dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea” (5).

Em se tratando de magnitude epidemiológica, é claro que a saúde mental estaria entre os problemas mais frequentes, indicados nesta política.

Paradoxalmente, entre as áreas prioritárias pactuadas na política, aparecem a saúde da criança, mulher e idoso, além de problemas de saúde mais prevalentes como diabetes e hipertensão, hanseníase e tuberculose. A saúde mental não é incluída como área estratégica.

O que podemos depreender deste processo é a existência de um esforço institucional no nível federal, desde 2001, de articulação e integração saúde mental-atenção básica, mas que necessitava ganhar ainda maior organicidade. Constatam-se dificuldades de integração entre as Políticas de Saúde Mental e Atenção Básica, que aparecem na descontinuidade das diretrizes do DAB em relação a este tema, na ausência de indicadores de saúde mental no SIAB, entre outros.

Muitas vezes, o próprio desenho institucional hierarquizado (desde o Ministério da Saúde até as Secretarias Estaduais e Municipais) não favorece o diálogo entre estas áreas.

Mas há, sobretudo, dificuldades de ordem política: no alinhamento do que se entende pelo potencial que a entrada da saúde mental pode ter nas ações de saúde como um todo e de como a longa tradição da Reforma Psiquiátrica pode contribuir neste sentido.

Diversos dispositivos hoje utilizados pela Atenção Primária, para ampliar e qualificar a clínica, são oriundos da Reforma Psiquiátrica e do campo da atenção psicossocial (7, 122). Podemos citar como exemplos: o projeto terapêutico singular - que desde a experiência do CAPS Prof. Luiz Cerqueira, iniciada em 1986, já foi incorporado como dispositivo (123, 124) a noção do vínculo terapêutico e acolhimento como fundamentais para a produção de saúde e de saúde mental (55), e a própria noção de território, tão cara à experiência de desinstitucionalização italiana, com forte influência na Reforma Psiquiátrica brasileira desde a década de 80.

Observa-se também que há determinadas concepções que se traduzem em certo tensionamento entre especialistas vs. generalistas, que acabam por desvalorizar as contribuições (ou tradições) de cada área. Perde-se neste sentido o caráter mais transversal das contribuições da saúde mental ao campo da atenção primária, com uma discussão de certa forma reducionista de que esta seria mais uma área temática a se verticalizar/sobrepor às atribuições da atenção primária.

Em um contexto mais geral, devemos reconhecer que a Política de Saúde Mental trabalha com a reorientação do modelo assistencial e este processo está ainda em consolidação. Mesmo com o crescimento da rede de atenção em saúde mental (CAPS, residências, experiências de geração de renda, entre outros) e sua articulação com os demais serviços da rede de saúde, há ainda uma enorme dificuldade de incluir a atenção em saúde mental em inúmeros serviços não especializados (hospitais gerais, atenção básica, emergências gerais, Unidades de Pronto-atendimento), bem como incluir a agenda da saúde mental nas políticas setoriais (29).

Não por acaso, a Reforma Psiquiátrica brasileira produziu uma política de saúde mental que, por razões históricas, incorporou “sub-políticas” intersetoriais: **moradia** – com o apoio e financiamento federal de residências terapêuticas; **trabalho** – com o financiamento federal de experiências de geração de renda; **benefícios sociais** – com o

auxílio-reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa; **cultura** – com o apoio a iniciativas de arte e cultura.

Obviamente é necessária uma descentralização destas políticas, mas isto deve ser feito de forma processual, mantendo suas especificidades. Isto costuma ser um ponto de conflito na discussão da intra e intersetorialidade. Há um reconhecimento de que a Saúde Mental tem um acúmulo importante na construção de uma política complexa e consistente mas também existe uma posição recorrente – de diversas áreas – de que é uma área que deveria ser “diluída” ou “transversalizada” com outras políticas.

Esta posição, de certa forma, não considera que a Política de Saúde Mental, baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, trabalha essencialmente com a reorientação do modelo assistencial, o que somente faz sentido, se puder conduzir e ter governabilidade sobre todos os seus componentes (do hospitalar ao ambulatorial). Sem isto, haveria uma enorme fragmentação do processo e uma diluição do tema. O que não se destaca, acaba por se tornar invisível. E as experiências nos mostram isto.

Segundo Gama e Onocko Campos (7) em revisão de artigos sobre saúde mental na atenção primária, constatou-se um desconhecimento dos profissionais da ESF a respeito da Reforma Psiquiátrica. Isto poderia acarretar uma série de práticas indesejáveis como “ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, entre outras”.

Por outro lado, deve ser reconhecida a importante tradição da atenção primária, que tem construído um saber específico sobre as formas de adoecimento e, sobretudo, a incorporação da análise do impacto dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Além disto, o trabalho na comunidade, a valorização do saber local, a visão generalista dos problemas de saúde, têm muito a ensinar para o campo da saúde mental.

A atenção primária tem construído a ampliação da clínica (125), subvertendo diversas modalidades de cuidado hegemônicas. Ela deve ser geral, acessível, integrada, continuada, coordenada, com trabalho em equipe, holística, orientada para a família e para a comunidade, além de ser defensora dos pacientes (2, 125).

Na proposta da Clínica Ampliada na atenção básica, Cunha (125) traz discussões que são cruciais para a clínica da atenção psicossocial: a revisão da abordagem biomédica reducionista, a crítica aos interesses corporativos e do complexo médico-industrial, a discussão das questões gerenciais. Sobretudo, a proposta da Clínica Ampliada retoma a centralidade do atendimento na pessoa e não na enfermidade.

É preciso haver um esforço de diálogo cada vez maior entre os dois campos. Trata-se de reconhecer as duas tradições, no que tem de específico e de comum, para poder avançar na ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental no SUS. Afinal, a saúde mental é o fiel da balança que permite avaliar o grau da integralidade e de diferenciação da atenção realizada pela Atenção Primária, em relação aos demais modelos de atenção.

### **A institucionalização de uma política de saúde mental na atenção primária: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

A Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008 (33), cria uma política específica de apoio às equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com definição de parâmetros de implantação e financiamento específico. Os NASF devem ser constituídos por uma equipe multiprofissional, composta de acordo com as prioridades do município, para que atuem junto às equipes de Saúde da Família, para compartilhar e se co-responsabilizar pelas práticas de saúde nos territórios.

A composição das equipes pode variar, de acordo com as necessidades locais. É facultado ao município contratar profissionais de saúde mental, dentre eles: psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional e assistente social. A portaria destaca a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e recomenda pelo menos 1 profissional de saúde mental no NASF.

Esta indução política e financeira com relação à importância do componente de saúde mental na ESF foi exitosa. Em 2010 eram 1165 NASF, com 6895 profissionais, sendo 2123 de saúde mental (contando também os assistentes sociais). Em quase 80% dos NASF existe pelo menos 1 profissional de saúde mental. Esta estratégia exige que se

pensem parâmetros e indicadores específicos para sua realização, em função de ser a política nacional vigente, com financiamento específico e com a necessidade de qualificação e monitoramento permanente destas práticas (126).

Em 2009 foram publicadas, dentro da série Cadernos da Atenção Básica, as *Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (117). Este caderno reafirma os consensos já referenciados nos documentos citados anteriormente.

Destacam-se como principais diretrizes:

- identificar, acolher e atender as demandas de SM no território – o usuário deve ser atendido o mais próximo de sua residência, sua família;
- priorização dos casos graves
- intervenções a partir do contexto familiar e comunitário
- garantia da continuidade do cuidado, com estratégias interdisciplinares
- articulação das redes sanitária e comunitária
- cuidado integral envolvendo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.

Como foi visto anteriormente, desde 2004, a Coordenação Nacional de Saúde Mental junto com o Departamento de Atenção Básica já haviam apontado o apoio matricial como estratégia prioritária para organizar as ações de saúde mental na APS. Com a instituição dos NASF, esta política passa a ser adotada amplamente, para todas as áreas estratégicas definidas nesta política (33).

Um dos principais trabalhos dos NASF relacionados à saúde mental, conforme apontado nas diretrizes, é o da reinserção social dos pacientes que foram desinstitucionalizados, com o fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos e aqueles em situação de reclusão domiciliar, sobretudo nas regiões com grandes lacunas assistenciais em saúde mental.

Os países com experiências mais consolidadas mostram que, com a desinstitucionalização, a APS muda seu papel. De simples “filtro” ou lugar de referenciamento para a atenção secundária, passa a ser um lugar de ações especializadas. Até recentemente, ela era a porta de entrada para a atenção secundária (24).



Mas há uma enorme tarefa da atenção primária voltada às pessoas em intenso sofrimento, com sintomas de ansiedade, depressão, fobias, medo, insegurança, que demandam bastante das equipes e para as quais é preciso pensar intervenções coletivas. É também cada vez mais frequente as situações de desastres e catástrofes no Brasil, para as quais a saúde e a saúde mental são permanentemente convocadas.

O impacto da estratégia dos NASF ainda demanda avaliação. Sabe-se o quantitativo dos profissionais de saúde mental que trabalham nos NASF mas não há formas de avaliação qualitativa de seu trabalho. Parece-nos pertinente seguir na expansão da inclusão de profissionais de saúde mental no NASF (bem como ampliar o número de NASF no país), mas sobretudo qualificar esta estratégia, vencer diversas barreiras de acesso ainda existentes na atenção primária, romper a lógica dos encaminhamentos sem coresponsabilização, superar alguns dilemas relativos à polarização especialistas vs. generalistas<sup>7</sup>, entre outros.

Na revisão da literatura veremos questões estruturais que necessitam ser discutidas para a qualificação da estratégia de matriciamento. Por isso, parece ser fundamental que, para além de “avaliar” o impacto desta nova estratégia naquilo que de fato interessa – garantia da universalidade e equidade no acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental no SUS - é importante formular e construir novos caminhos para pensar a clínica neste novo cenário da política pública.

---

<sup>7</sup> Em recente entrevista ao Programa Roda Viva (22 de agosto de 2011) um renomado psiquiatra, que trabalha com a questão de álcool e drogas, quando perguntado sobre o que fazer quando alguém precisa de cuidados em saúde mental, trouxe a seguinte contribuição para a presente discussão: “Procure um médico. Um psiquiatra, **especialista**, pois o generalista não vai saber o que fazer...”. O que esta afirmação produz na população?

## **A nova Política Nacional de Atenção Básica (2011)**

Em 2011 houve mudança na gestão do Ministério da Saúde e, com isto, novas políticas e diretrizes estão sendo revisadas e aperfeiçoadas. Dentre elas, a Política Nacional de Atenção Básica. Em outubro de 2011 foi publicada a Portaria GM nº 2.488 (40) que traz a revisão das diretrizes para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No que se refere à Saúde Mental destacam-se os seguintes pontos:

- A nova portaria traz em seu conjunto, tanto as diretrizes mais gerais da política de atenção básica, como a incorporação das principais diretrizes da Portaria 154/2008 (33) que regulamentava os NASF. Nesta portaria houve a supressão do inciso 2º do Art. 4º da 154/2008: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental”. Logo, não há mais a priorização para que sejam contratados profissionais de saúde mental para os NASF.

- A nova política de atenção básica também incorpora os Consultórios de Rua, dispositivos criados pela área de saúde mental para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, de forma itinerante. Esta experiência vinha sendo implantada no país, voltada especificamente para esta população, considerando as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde por parte desta clientela e a necessidade de ações de busca ativa a este grupo bastante vulnerável, que ainda enfrenta enormes barreiras de acesso aos cuidados, dentre elas o estigma e preconceito.

Ao considerar as inúmeras barreiras de acesso aos cuidados em saúde e saúde mental existentes para a população usuária de álcool e outras drogas – estigma, preconceito, regras rígidas nas formas de tratamento, moralização na compreensão da situação do usuário e dificuldades de abordagens – há preocupações em relação ao fato de não haver um dispositivo específico voltado para este grupo vulnerável, até que se desenvolvam estratégias mais amplas para superar as dificuldades apontadas.

Por fim, é importante lembrar que o modelo hegemônico de saúde mental no país, atualmente, é de uma rede de atenção psicossocial - onde está a maior concentração de serviços e de recursos financeiros (32). Logo, é com este pano de fundo que se deve considerar a ampliação das condições de possibilidade de inclusão da atenção em saúde mental na atenção primária.

## **5.2. Programas e sistemas nacionais de avaliação da saúde mental na atenção primária**

A análise dos programas de avaliação do Ministério da Saúde tem especial importância pelo papel fundamental de indução do gestor federal na institucionalização de processos avaliativos nas três esferas de governo. Neste sentido, o MS alinha-se ao movimento de institucionalização da avaliação que vem ocorrendo em vários países do mundo como Inglaterra, Canadá e França (73).

Há diversos programas de avaliação elaborados pelo Ministério da Saúde. Focaremos os programas de avaliação específicos da Coordenação Nacional de Saúde Mental e do Departamento de Atenção Básica.

Serão analisados os seguintes programas: do DAB - **1. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); 2. Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e 3. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Da Coordenação Nacional de Saúde Mental foi analisado o **4. Avaliar CAPS**, proposta de avaliação dos CAPS que contém itens de avaliação sobre a relação com a AB.

## **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**

Diversos autores ressaltam a importância e o papel da informação no âmbito da gestão dos serviços e sistemas de saúde (75, 77, 127). É comum a referência a *informações estratégicas* para a gestão, como forma de apoiar processos de planejamento e gestão. Os sistemas de informação, neste sentido, passam a ter importância estratégica também para os processos avaliativos.

Procederemos à análise dos dados sobre saúde mental existentes nos sistemas de informação e avaliação da atenção primária e de como são insuficientes para uma análise mais qualificada destas ações neste nível de atenção. Sabemos das dificuldades de revisão dos sistemas de informação no SUS mas é importante reconhecer seus limites e potenciais para poder propor alguns parâmetros para seu aperfeiçoamento.

Por não ter sido priorizada como área estratégica na Política Nacional de Atenção Básica (5), não existe no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (128) até o momento, registros sistemáticos sobre os pacientes com transtornos mentais atendidos pelas equipes de saúde e muito menos registros das ações de saúde mental realizadas pelas equipes.

Há alguns dados no SIAB (128) na ficha A (cadastro das famílias), na ficha D (registro de atividades, procedimentos e notificações) e no Relatório SSA4 (situação de saúde e acompanhamento das famílias) no município. Os dados de saúde mental são:

- N° de pessoas com deficiência (física e mental) – constante na Ficha A, em condição referida: Deficiência
- N° de pessoas com alcoolismo – constante na Ficha A, em condição referida: Alcoolismo
- Hospitalizações por abuso de álcool – presente na Ficha D de todos os profissionais e relatório SSA2;
- Hospitalizações em hospitais psiquiátricos – Ficha D de todos os profissionais e relatório SSA2.

Verifica-se que estes registros são bastante limitados e inespecíficos, como por exemplo, o registro das deficiências mentais, que são constantemente confundidas com transtornos mentais. Na verdade, pode-se considerar que não há registro das pessoas com transtornos mentais no SIAB, mas somente de pessoas com alcoolismo.

Nota-se também que não há registros no SIAB sobre as atividades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que são considerados estratégicos pela própria Política Nacional de Atenção Básica.

Se considerarmos que os sistemas de informação devem refletir as principais situações de saúde encontradas no território, não seria lógico estarem excluídos os registros de pessoas com transtornos mentais (incluindo álcool e outras drogas), com altas prevalências entre a população geral.

Veremos que há uma enorme dificuldade das equipes de atenção primária na identificação dos casos de saúde mental no território, que acabam por serem reforçadas pela ausência de registros no SIAB.

Além disto, segundo Vêras et al. (127) há vários limites do SIAB no que se refere à realização de análises que requerem a individualização de dados, às restrições quanto às formas de registros das diversas ações realizadas e, muitas vezes, registro de ações inespecíficas que não tem utilidade para monitoramento das equipes (como o registro de “ações desenvolvidas por outros profissionais de saúde”, por exemplo).

É preciso também refletir sobre a utilização dos dados que os sistemas de informação já oferecem (mesmo que insuficientes) pois há uma profusão de informações que atendem a uma multiplicidade de interesses, mas não há uma cultura institucional de análise dos dados e pouca qualificação dos profissionais de saúde no manejo das informações existentes.

Há que se problematizar algumas questões referentes à informação em saúde para os processos avaliativos no SUS. Felisberto (82) aponta que a avaliação da situação em saúde, do trabalho e dos resultados, em grande parte decorre do monitoramento das informações produzidas no cotidiano da atenção. Mas estas informações, apesar de extremamente importantes, são insuficientes para apreender as mudanças desejáveis. Por isto, diz ser fundamental agregar às estas informações, *estudos e pesquisas* sobre dimensões não

apreendidas por sistemas de monitoramento, com a inclusão de diversos grupos de interesse.

Concordamos com Santos Filho (75) que não basta o comprometimento com a qualidade do serviço. A falta de análise e percepção dos resultados do próprio trabalho contribuem para a desmotivação e sofrimento das equipes.

Por fim, é preciso haver uma articulação dos dados que podem ser fornecidos pelos sistemas de informação com uma forma de interpretá-los e discutí-los, tendo claro o que se busca com esta análise. Por isto, serão discutidos também parâmetros e indicadores qualitativos, que possam apontar caminhos para a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção primária.

### **Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família (2005)**

Trata-se de uma proposta de avaliação formativa para as ESF. É uma metodologia de auto-avaliação pela gestão e equipes de saúde que propicia a construção de diagnóstico sobre a organização e o funcionamento dos serviços (60).

O instrumento é composto por duas unidades de análise, uma focada na gestão e outra voltada às equipes da ESF. A primeira aborda as subdimensões relacionadas ao desenvolvimento da ESF, coordenação técnica e estrutura das unidades de saúde, sendo dirigida aos gestores de saúde e coordenadores da atenção primária dos municípios. A outra unidade de análise aborda as dimensões de consolidação do modelo e atenção à saúde, sendo dirigida às equipes de saúde.

Os eixos avaliativos apresentados nos questionários do AMQ são distribuídos em cinco estágios de desenvolvimento da estratégia (elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado). Tal classificação pressupõe níveis distintos de complexidade a ser alcançada.

O AMQ também apresenta padrões de referência de qualidade relacionados à saúde mental. Os padrões de saúde mental envolvem questões relativas ao registro dos pacientes, inclusão nas atividades regulares na atenção básica, acompanhamento dos pacientes

acompanhados pelas referências e redução ou ausência das internações psiquiátricas. São apresentados da seguinte forma:

### Caderno 1 – Gestor de Saúde

1.36	> 20	<b>A</b>	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de Saúde Mental e as ESF.	( S ) ( N )
A gestão municipal promove a integração da Saúde Mental (SM) à estratégia SF por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência. O modelo atual de atenção para a SM é a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Centro de Atenção Psico-Social - CAPS, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais gerais e ações nas Atenção Básica) - <a href="http://pvc.datasus.gov.br">http://pvc.datasus.gov.br</a>				

### Caderno 2 – Coordenação da Atenção Primária/Saúde da Família

2.40	PB	<b>A</b>	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental.	( S ) ( N )
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência em Saúde Mental, especificamente.				

### Caderno 4 – Equipe de Saúde da Família

4.45	<b>C</b>	A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.	( S ) ( N )
A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.			

4.51	<b>B</b>	A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais.			

4.54	<b>A</b>	É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.			

4.68	<b>B</b>	A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	( S ) ( N )
A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais como: a notificação e o ac			

### Caderno 5 – Equipe de Saúde da Família (Profissionais de Nível Superior)

5.48	<b>D</b>	A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à equipe possuir, documentado em papel, o registro dos portadores de transtornos mentais, discriminando tipo de transtorno, idade, sexo, endereço, situação familiar, grau de autonomia e se está em acompanhamento pela referência.			

5.59	<b>C</b>	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.			

5.61	<b>B</b>	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.			

5.67	<b>B</b>	Houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações psiquiátricas dos portadores de transtornos mentais do território nos últimos 24 meses.			

5.68	<b>A</b>	A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.	( S ) ( N )
O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.			

Observa-se com a implementação do AMQ, em 2005, um avanço significativo na indução da qualificação das ações de saúde mental na atenção básica. Já podem ser visualizados, nos padrões de qualidade, os princípios fundamentais pactuados entre as duas políticas: articulação e integração dos serviços *em rede* (além de indicar os componentes da



rede de saúde mental); abordagem dos casos graves de SM, de uso abusivo de álcool e drogas e violência doméstica como prioridades; além da importância das atividades de reinserção e reabilitação, em conjunto com as equipes de saúde mental.

Além disto, aponta a necessidade de registro e acompanhamento dos casos de saúde mental e a inclusão dos portadores de transtornos mentais em atividades regulares das equipes. Há também indução para elaboração de protocolos de atenção às urgências em saúde mental. O indicador de redução das internações também consta dos padrões de qualidade.

Segundo breve relatório do AMQ (129) que analisa 5 padrões relacionados às ações de saúde mental, em 2 momentos de avaliação distintos, para observar se houve melhora na qualidade das ações das equipes, há resultados que apontam alguns avanços e dificuldades.

Os padrões analisados foram: a) integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares; b) registro dos portadores de TM pelas ESF; c) se as ESF acompanham os portadores de transtornos mentais atendidos pela referência; d) se houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com TM e f) se as ESF desenvolvem atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.

Foram identificadas respostas positivas para os 5 padrões, ou seja, houve melhora na qualidade da atenção em saúde mental. Os melhores resultados se referem ao acompanhamento das pessoas com TM (63% das ESF) e redução das internações psiquiátricas (59,9% das ESF). O estudo mostra que as equipes têm maiores dificuldades em relação à integração das pessoas com TM em atividades coletivas regulares (25,7% das ESF) e à reintegração e reabilitação em conjunto com as equipes de saúde mental (27% das ESF).

Se as equipes referem acompanhar as pessoas com TM mas têm dificuldades em integrá-las nas atividades coletivas e de reabilitação, isto demonstra uma imprecisão no que se entende por acompanhamento, podendo se referir não a tratamento mas ao conhecimento que elas têm de outros tratamentos realizados. A descrição do padrão traz esta imprecisão:

“O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de TM de seu território, que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência” (60).

O uso do termo acompanhamento parece não esclarecer qual o papel das ESF junto às pessoas com transtornos mentais. Se entendermos que equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, como indica Campos e Domitti (56), então fica pouco clara qual a responsabilidade das ESF neste caso. Talvez fosse importante indicar mais claramente como poderia se dar esta co-responsabilização pelos casos de saúde mental, na forma de atividades conjuntas e atividades específicas das ESF.

Esta dificuldade também é mostrada mais concretamente, no baixo percentual das ESF que relatam realizar atividades de integração das pessoas com TM em atividades coletivas regulares, bem como de reintegração e reabilitação em conjunto com as equipes de saúde mental. Talvez o dado mostre também que há dificuldade de integração entre as próprias equipes de SM e de SF.

### **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**

Em 2011 foi criado novo programa de avaliação da atenção básica publicado pela Portaria GM n.º 1654 de 19 de julho de 2011 (130), que estabelece novos parâmetros e indicadores para as equipes e para a gestão. Foram incluídos os seguintes indicadores:

1) Indicador: Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas.

Conceito: percentual de atendimentos em Saúde Mental realizados por médico e enfermeiro, exceto para usuários de álcool e drogas, em relação ao total de atendimentos.

Segundo documento do programa este indicador :

permite conhecer a participação dos atendimentos de Saúde Mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe. Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, etc), podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade (130)

O Ministério da Saúde também preconiza que é necessária a capacitação dos profissionais de Atenção Básica para melhoria do acesso e qualidade das ações de saúde mental, de forma humanizada e de acordo com as melhores práticas, incluindo não só os usuários de saúde mental, mas também suas famílias e a comunidade do território.

Além disto, propõe que sejam feitas discussões com as equipes sobre os resultados desse indicador, para efeitos de planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc. Destaca que também é importante uma análise comparada desse indicador com outros como: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou Saúde Mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados de saúde mental, etc.

2) Indicador: Proporção de atendimentos de usuário de álcool.

Conceito: percentual de atendimentos de usuário de álcool sobre total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro.

O DAB propõe busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool, além da sensibilização e capacitação de toda a equipe para levantar o problema do alcoolismo junto às famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

3) Indicador: Proporção de atendimentos de usuário de drogas.

Conceito: percentual de atendimentos de usuários de drogas em relação a todos os atendimentos realizados pelo médico e enfermeiro.

4) Indicador: Taxa de prevalência de alcoolismo.

Conceito: proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais.

Para o MS este indicador reflete a proporção de alcoolistas na população com 15 anos ou mais na área de abrangência da equipe. Destaca também a importância da identificação precoce de pessoas com consumo considerado de risco nas ações de prevenção do uso abusivo de álcool.

### **Programa Avaliar-CAPS**

O Avaliar-CAPS (59) instituído em 2004 foi um instrumento de avaliação preenchido pelas equipes dos CAPS, e enviado por meio eletrônico ao Ministério da Saúde. Dentre as inúmeras questões de estrutura, processo e resultado investigam-se questões específicas sobre a articulação dos CAPS com a ESF/AB.

A última versão do Avaliar-CAPS de 2009 (59), que foi preenchida e enviada por 1046 serviços, indica que 50% dos CAPS realizam ações conjuntas com a atenção básica e que 41,24% referenciam realizar apoio matricial. Porém, quando analisamos a frequência da parceria dos CAPS com a atenção básica, temos que somente 21% dos CAPS realiza encontros mensalmente; 11% realizam trimestralmente; 13% semestralmente e 28% dos CAPS não realizam reuniões com a atenção básica.

Considerando que as diretrizes do Ministério da Saúde preconizam que estas reuniões sejam semanais ou quinzenais (31), estamos diante de um cenário de baixa articulação entre estes dois níveis de atenção.

Salientamos que os dados do Avaliar CAPS poderão ainda ser mais bem trabalhados, a partir de análises estatísticas.

Nota-se neste levantamento que não há uma política integrada de avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na atenção primária, que aponte eixos avaliativos e indicadores de referência para as práticas da gestão e do processo de trabalho das equipes, que se articulem às diretrizes e consensos construídos entre a Política Nacional de Saúde Mental e a de Atenção Primária. Além disto, não há uma sistematização das experiências em curso no país, exceto pelos relatórios das oficinas que são a base das diretrizes estabelecidas (31).

### **5.3. Construção de Categorias de Análise a partir da análise documental e da revisão narrativa da literatura**

A revisão narrativa da literatura realizada no presente estudo considerou a produção brasileira sobre o tema da articulação saúde mental na atenção primária, no período 2001 a 2011, disponível na base de dados *Scielo*, com os seguintes descritores: saúde mental na atenção básica, saúde mental na atenção primária, atenção básica, atenção básica à saúde, atenção básica em saúde, Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, matriciamento, apoio matricial, sofrimento psíquico, transtorno mental, transtorno mental comum, avaliação em saúde mental, avaliação na atenção básica (e primária), indicadores de serviço e indicadores de saúde mental.

Foram identificados 48 artigos sobre o tema da articulação saúde mental na atenção primária.

A pesquisa priorizou os periódicos nacionais em função de objetivar estudar a experiência brasileira de saúde mental na atenção primária, e analisar as categorias estratégicas que aparecem como subsídios para se propor componentes para a avaliação das ações neste campo.

Como *complemento da revisão*, foram incluídos artigos citados nos estudos, que não aparecem na referida base de dados mas que são relevantes para a análise do tema, bem

como foram incluídos capítulos de livros e teses de mestrado e doutorado que tratam especificamente sobre o tema da articulação da saúde mental na atenção primária.

Assim como se procedeu para a análise documental foram feitas diversas leituras dos artigos encontrados para identificar: a) os principais elementos e dimensões que devem ser considerados para avaliar as práticas de saúde mental na APS; b) as qualidades essenciais para se considerar uma boa prática neste campo; c) indicadores já existentes nestes documentos e programas de avaliação existentes no Ministério da Saúde.

A partir das diversas leituras dos documentos do Ministério da Saúde e revisão narrativa da literatura foram identificadas dimensões preliminares que se destacavam como **categorias de análise** para a avaliação das ações de saúde mental na atenção básica.

Estas categorias foram revisadas à medida que as leituras dos documentos de base foram sendo refeitas e à medida que foi realizada a revisão da literatura sobre articulação saúde mental na atenção básica, destacando-se também o que seria fundamental para a definição de parâmetros e indicadores para o campo.

Foi possível também identificar convergências e discrepâncias entre o que pode ser considerado como “princípios norteadores” da Política Nacional de Saúde Mental e de Atenção Primária (aquilo que está prescrito nas normas) e as experiências locais de saúde.

Entende-se que este processo de análise dos documentos do Ministério da Saúde à luz dos artigos sobre as experiências (e vice-versa) teve um efeito de “reconhecer os preconceitos” para poder compreender o texto, como nos ensina Gadamer (98) e permitiu emergir categorias de análise que nos possibilitaram avaliar o processo em andamento. O conjunto de artigos analisados dão conta de uma realidade parcial, pois representam uma dimensão da produção do conhecimento que atende aos critérios das revistas científicas. Ou seja, esta é somente uma das formas de apreensão da realidade, que pode nos revelar significados importantes da uma parte da experiência estudada. Por isto, foram incluídos artigos referenciados, bem como capítulos de livros, pesquisas de mestrado e doutorado.

Entretanto, ao incluir outros artigos referenciados e teses sobre o tema, foi possível ampliar esta “pluralidade de vozes” em que aparece o passado, em um movimento motivado por questões presentes, relacionadas à pesquisa (98). Logo, este conjunto de

categorias são uma tentativa de amplificar estas vozes plurais, ricas em produção de novos sentidos.

A elaboração de uma proposta avaliativa das ações de saúde mental na atenção primária parte então de uma análise das avaliações realizadas pelas experiências estudadas.

Neste sentido retomamos com Thornicroft e Tansella (86) os pilares na definição das boas práticas que podem nos servir a um processo avaliativo: **a ética, a base de evidências e a base de experiências.**

### **Panorama geral dos artigos revisados**

Antes de passar às categorias de análise para a discussão posterior sobre o processo avaliativo no campo da saúde mental na atenção primária, é necessária uma análise global dos artigos.

Destacam-se os seguintes aspectos no conjunto dos artigos analisados:

1) **Visão predominante da saúde mental:** Uma primeira característica do conjunto dos artigos é que a grande maioria é fruto de pesquisas da área de saúde mental em relação à atenção primária. Predominam os trabalhos da área de enfermagem psiquiátrica, seguido da área de Psicologia e Psiquiatria (sobretudo estudos de prevalência).

A área da enfermagem psiquiátrica tem tradição já consolidada na produção de artigos científicos sobre o tema da saúde mental e mais recentemente no tema da saúde mental na atenção primária. Destacam-se a Escola de Enfermagem da USP e da Universidade Federal de Pelotas, com produção expressiva.

Destacam-se também em termos de produção de publicação, as universidades federais e estaduais do estado de São Paulo: Unicamp (Saúde Coletiva), USP (Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública), Universidade Estadual Paulista (UNESP) e USP de Ribeirão Preto. Em seguida, há produções importantes de alguns estados do Nordeste: Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Pernambuco, e Universidade Federal da Bahia. Além disto, há

produções relevantes da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública.

Na revisão ampla realizada, incluindo os artigos referenciados em teses e livros, não é possível identificar núcleos de produção científica no campo da Atenção Primária, que tenha uma linha de pesquisa mais específica de saúde mental. Podemos citar a Escola Visconde de Sabóia, no Ceará, como um núcleo que trabalha bastante com o tema da saúde mental.

Lester et al. (46) apontam que os modelos de serviços foram dominados pela visão da atenção secundária em todo o mundo e a caracterização do cuidado foi influenciada pelo que a atenção secundária considerava “boa qualidade” da atenção em SM na APS. Esta questão parece estar presente nos artigos estudados e foi uma questão presente nesta pesquisa.

Porém, é importante destacar que deve haver um esforço epistemológico de deslocamento de uma visão da atenção secundária, para se problematizar as dificuldades de aproximação saúde-mental-atenção primária, a partir da visão da atenção primária. Como fazer este deslocamento?

São várias as estratégias: a primeira e fundante desta pesquisa é o esforço hermenêutico de “mostrar receptividade à alteridade do texto, sem que isso pressuponha uma neutralidade”. Buscar uma apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais, ou seja, dar-nos conta dos próprios pressupostos e buscar ouvir o que nos fala a tradição (98).

Isto significa analisar as percepções dos profissionais da atenção primária em relação às pessoas com transtornos mentais. Escutar o que se diz a respeito do sofrimento que advém do contato com a loucura, o desespero, a angústia. Significa entender as tradições da saúde e da atenção primária no Brasil, os modelos adotados, os limites necessários a superar. Esta postura é necessária mas não suficiente. Mas mantê-la e sustentá-la ao longo do trabalho parece ser importante para produzir boas pistas para uma aproximação do objeto a que se propõe estudar.



2) No conjunto dos artigos podemos dividi-los em:

- a) relatos de experiências sobre a inclusão de ações de saúde mental na atenção primária;
- b) estudos de prevalência;
- c) pesquisas sobre o papel da enfermagem na APS;
- d) estudos sobre a percepção das equipes de Saúde da Família sobre as pessoas com transtornos mentais e seus cuidados e,
- e) artigos de revisão bibliográfica.

Os artigos em sua maioria relatam o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, com a exceção dos estudos de prevalência que utilizam abordagem quantitativa. A área da enfermagem se destaca sobremaneira nas pesquisas sobre o tema, também com ênfase nas pesquisas qualitativas.

### **Categorias de análise**

Poderíamos identificar 6 grandes dimensões abordadas nos documentos do Ministério da Saúde e na revisão dos artigos sobre a articulação da saúde mental na atenção primária. São elas: 1) dimensionamento da demanda de saúde mental; 2) clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental; 3) acesso aos cuidados de saúde mental na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade); 4) arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental; 5) gestão em saúde e saúde mental; e 6) formação em saúde mental na atenção primária.

### **5.3.1. Dimensionamento da demanda de saúde mental**

Um conjunto importante de questões se relaciona ao dimensionamento da demanda a ser atendida pelas equipes da atenção básica, às prevalências que devem ser utilizadas, à priorização dos principais problemas de SM apresentados na população adscrita, à identificação das situações de risco.

#### **Da invisibilidade ao excesso**

É bastante comum nos estudos sobre atenção primária e mesmo nos documentos de organismos internacionais (51, 54) de que existe subdiagnóstico dos transtornos mentais na atenção primária (50, 131, 132, 133, 134). Oliveira et al. (134) se referem a uma *invisibilidade* dos problemas de saúde mental na atenção primária.

Isto é confirmado pela literatura internacional. Thornicroft e Tansella (86) em revisão de artigos de 1980 a 2003 sobre atenção em saúde mental constataram que a maior parte dos profissionais da atenção primária estão atentos aos problemas psicológicos mas é baixa a correspondência entre o reconhecimento clínico e a incidência efetiva destes problemas. E há também a dificuldade dos próprios pacientes com “transtornos psicológicos”, que tem sua percepção afetada a respeito de sua saúde física.

As pesquisas mostram que os profissionais da atenção básica demonstram dificuldades em definir a magnitude dos problemas de saúde mental, no cotidiano do trabalho: “é um mundo...” relata um profissional em estudo de Tanaka e Lauridsen (107), que pode ser fácil de ignorar: “a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante...”. Uma das explicações para a dificuldade de dimensionamento dos problemas de saúde mental parece ser devido a falta de consenso nas definições e limites destes problemas (e isto parece ser mais acentuado na infância em função dos limites dos fenômenos normais e anormais do desenvolvimento infantil).

Outra questão é a dificuldade de hierarquização das queixas. Os profissionais dizem não ter condições, diante de tantos problemas, de trabalhar com problemas de saúde mental

(57). A dimensão dos problemas de saúde mental fica então em segundo plano, sem priorização pela equipe.

Há também dificuldades relacionadas às famílias de pessoas com transtornos mentais. Muitas vezes não aparece no registro das famílias, feito pelo ACS, a referência à existência de algum tipo de transtorno mental. Em alguns estudos (134, 135), verificou-se grande discrepância entre os dados registrados pelos ACS na ficha A do SIAB e os dados epidemiológicos da literatura. Isto pode ser explicado tanto pela dificuldade das famílias relatarem os casos de saúde mental em seu meio, como pelas dificuldades dos ACS de identificarem as demandas de saúde mental.

Outro dado importante da pesquisa realizada por Oliveira et al. (134), foi o fato de não aparecer *nenhum* cadastro de pessoas com transtornos decorrentes do abuso de drogas, nas mais de 40 pessoas identificadas com algum tipo de problema de saúde mental. As autoras levantam a hipótese do medo do estigma que as famílias sentem, bem como a percepção dos usuários de que estes dados podem servir a ações repressivas.

Interessante notar que em diversos artigos aparece a preocupação dos profissionais da atenção primária de fazer uma avaliação diagnóstica inadequada, sendo isto nocivo ao paciente. Isto acaba por justificar a inexistência de ações voltadas para esta população (132, 136).

A questão do diagnóstico e da identificação da demanda de saúde mental na APS se apresenta como fio da navalha entre especialistas e generalistas, como indica Starfield (2): “a atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização”. Esta constatação é feita pela autora, justamente no contexto da discussão do processo diagnóstico na atenção primária. Neste nível de atenção, o valor de tempo trabalha a favor de um melhor diagnóstico em função do cuidado longitudinal.

Mas, apesar disto, segundo ela,

as ameaças à efetividade e à eficiência da atenção primária encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá (...) ameaça à efetividade e eficiência da atenção subespecializada encontra-se na maior probabilidade de atribuir queixas a enfermidades que *não* estão presentes e o conseqüente dano como resultado de exames excessivos, diagnósticos e tratamentos inadequados [...] e a desnecessária ansiedade por parte dos pacientes (2).

Tem crescido o número de pesquisas e estudos (inclusive jornalísticos), que apontam que os psiquiatras têm extrapolado sobremaneira os diagnósticos de transtornos mentais e prescrições de psicotrópicos a sintomas de sofrimento relacionados à vida cotidiana (tristeza, perdas, luto, fim de relacionamentos amorosos, etc.), provocando uma verdadeira onda de medicalização e psiquiatrização de problemas afetivos e sociais.<sup>8</sup>

Del Barrio (137) diz que a psicopatologia se impôs como linguagem principal para expressar o sofrimento psíquico, relacional e social, sendo seu corolário o tratamento farmacológico. Para ela, a concepção biomédica dos transtornos mentais domina o campo da saúde mental de maneira quase hegemônica, e tende a ampliar-se para outros tipos de intervenção.

Santos (138) diz haver um “paradoxo do suporte psicofarmacológico” que se apresenta na clínica médica da saúde mental: ao mesmo tempo em que há subdiagnósticos por parte dos médicos (sobretudo de depressão), observa-se também uma medicalização excessiva da população. E, segundo o autor, esta relação é bastante complexa pois há uma correlação direta entre prescrição de psicofármacos com a concentração de médicos, a especialização do profissional e a proximidade com o serviço de saúde. Ou seja, mais ofertas de recursos podem significar mais prescrições desnecessárias. A medicação não atingiu o público que teria um benefício comprovado.

É necessária então uma discussão bastante equilibrada sobre o diagnóstico dos

---

<sup>8</sup> Para mais dados sobre o tema e aprofundamento da discussão ver Del Barrio et al. (137). Ver também artigo “Saúde para todos e algo mais... doença para dar e vender” de A. Aguiar publicado no sítio: [http://www.ebp.org.br/enapol/09/pt/template.asp?textos\\_online/textos\\_online\\_busca.htm](http://www.ebp.org.br/enapol/09/pt/template.asp?textos_online/textos_online_busca.htm).

transtornos mentais e as intervenções medicamentosas na APS, utilizando-se das melhores características do cuidado neste nível - a longitudinalidade e a continuidade do cuidado -, a favor de um processo cuidadoso de diagnóstico e definição do tratamento das pessoas com transtornos mentais ou em intenso sofrimento psíquico.

Nos documentos do Ministério da Saúde analisados, o uso racional de psicofármacos se coloca como indicador importante desde os primeiros consensos da política de saúde mental na APS.

Faz-se necessária uma discussão mais aprofundada sobre este tema. É preciso criar parâmetros para o uso destas drogas, bem como criar alguns critérios que sejam eventos sentinela para a equipe (pessoas em uso de benzodiazepínicos sem prescrição médica, por exemplo). Um primeiro indicador seria justamente a existência de estratégias específicas para o uso racional de psicofármacos e a criação de sistemas de acompanhamento específicos.<sup>9</sup> Talvez fosse igualmente importante identificar formas de co-responsabilização (psiquiatra-médico de família) pela racionalidade do uso de psicofármacos ou mesmo a criação de um “terceiro regulador” que pudesse balizar estas prescrições, apesar da extrema dificuldade em regular qualquer ato médico.

Além disto, seria necessário o desenvolvimento de algum parâmetro relativo ao tempo máximo para revisão da prescrição de psicotrópicos.<sup>10</sup>

Outro indicador interessante seria a relação uso racional de psicofármacos vs. implantação de matriciamento. Pode-se também avaliar se a equipe elabora projetos terapêuticos, que associam o uso da medicação a outros tipos de intervenção não-medicamentosas.

---

9 Como exemplo, Campinas informatizou a dispensação de medicamentos em 2007, com um sistema com capacidade de gerenciar a distribuição de medicamentos na rede pública (Dispensação Individualizada de Medicamentos – DIM). O sistema permite a identificação informatizada do paciente, do prescritor e do medicamento, com duração do tratamento, quantidade, lote e validade. Este sistema permitiu por exemplo a pesquisa realizada por Santos (138) sobre a relação entre as prescrições de psicofármacos na AB e a implantação de arranjos da clínica ampliada.

10 Estudo realizado na cidade de Campinas, em 2007, identificou que o tempo médio do uso de benzodiazepínicos era de 10 anos e mais da metade da população estudada não tinha informações sobre sua medicação. É claro que o tempo máximo de revisão cria a oportunidade para o paciente rever as formas e razões de uso da medicação mas não garante que seja feita uma reavaliação mais criteriosa por parte do médico. Há também neste campo, literatura especializada que preconiza médias de doses de manutenção diária para a principal doença a que se destina o medicamento, definida pela OMS. Estas informações podem ajudar a balizar esta racionalidade (138).

Seria interessante também pensar estratégias de revisão das medicações prescritas, organizadas e pactuadas pela gestão local. Entretanto, talvez fosse importante um Grupo de Trabalho específico sobre o tema, para a construção de consensos. Este tema foi objeto do Painel de Especialistas, que discutiu parâmetros gerais para este tema.

Dispositivos como a discussão da medicação em equipe, grupos de medicação, entre outros recursos podem ser úteis para o manejo do tema do diagnóstico e dos tratamentos mais “adequados” aos pacientes. No Canadá surgiu a experiência da Gestão Autônoma da Medicação – GAM, que já está sendo utilizada no Brasil em diversos serviços de saúde mental, a partir de uma pesquisa multicêntrica. O dispositivo do GAM pode ser balizador fundamental do uso racional de medicamento ao retomar a experiência relatada pelo paciente, suas sensações, o impacto dos efeitos indesejados dos medicamentos em sua vida, sobre seus próximos e ainda sobre os que os prescrevem (137).

Por fim, um último comentário sobre a questão dos dados epidemiológicos. Entendemos ser importante disponibilizar às equipes os dados sobre prevalências dos transtornos mentais, de modo a fornecer um panorama geral para que saibam dimensionar o “tamanho dos problemas” que vão encontrar (e que de fato já encontram, pois as prevalências são altas). É uma das formas de enfrentar a “invisibilidade” das pessoas com transtornos mentais. Por exemplo, seria útil às equipes terem a informação de que os casos mais graves são em menor número, cerca de 3% e que a maioria das questões estarão relacionadas aos transtornos mentais comuns, com prevalências de 20 a 50% (51).

Entretanto, sabemos que as prioridades definidas a partir de critérios exclusivamente epidemiológicos trazem também problemas. No caso da saúde mental, e mais especificamente na área de álcool e drogas, ao fazer um planejamento puramente baseado em critérios epidemiológicos, trataríamos basicamente dos alcoolistas - 11,2% de dependência e não priorizaríamos os usuários de crack (139).

Por outro lado, a partir das informações amplamente divulgadas (inclusive pela mídia, que às vezes produzem desinformação), consideraríamos o crack uma “grande epidemia”. Esta percepção não se sustenta na epidemiologia (139), mas no “pânico social” e na radicalidade (ou intensidade) das experiências e das situações de vulnerabilidade, que muitas vezes se associam ao uso desta substância.

É preciso então conjugar dados epidemiológicos associados às situações de vulnerabilidade, além da avaliação de risco social e à saúde, que estão em cena nestes casos. Este parece ser um caminho mais equilibrado para o planejamento das ações em saúde e em saúde mental.

### **Os “graves” aos CAPS, os “leves”... sobrevoam!**

Os diversos documentos do Ministério da Saúde apontam que deve ser priorizada a busca pelos casos graves de transtornos mentais, que são justamente aqueles pacientes que menos demandam (mais silenciosos) e que mais precisam de ajuda pela gravidade do quadro clínico, porque em geral não tem acesso aos serviços de saúde ou estão institucionalizados de alguma forma.

Esta prioridade para os casos graves é importante para superar a confusão que há entre profissionais da atenção básica de que se deve atender somente os pacientes menos graves e que os mais graves deveriam ser encaminhados para níveis “de maior complexidade”. Na melhor das hipóteses para os CAPS, quando não se observa encaminhamentos feitos diretamente para os hospitais psiquiátricos.

Há um paradoxo colocado: ao mesmo tempo em que a atenção básica deve ser a ordenadora do cuidado e a principal porta de entrada da rede de saúde, com o consequente aumento da responsabilização e resolutividade destas equipes, ela se coloca como uma fonte importante de encaminhamentos e de novas institucionalizações. O que antes era colocado como um problema de “a atenção básica ser porta de entrada para a atenção secundária” pode se tornar ainda pior, sendo porta de entrada para a internação em hospitais psiquiátricos.

Já as pessoas com transtornos mentais leves provocam nas equipes, muitas vezes, uma reação de repulsa ou de negação da experiência de sofrimento, em função de trazerem experiências percebidas pelos profissionais, como algo muito próximo do vivido (57). Se por um lado, isto permite uma maior “afinidade” na identificação dos problemas, por outro, impõe enorme resistências no atendimento desta população.

A discussão dos níveis de gravidade e níveis de atenção pouco tem ajudado no debate da co-responsabilização pelo cuidado. Na ânsia de definir quais são “seus pacientes” e quais não devem ser, os serviços geram uma infinidade de encaminhamentos que acabam por deixar o paciente desassistido. Clássicos são os exemplos das comorbidades. Comorbidades com qualquer tipo de transtorno mental e alcoolismo ou dependência de drogas se transformam então no paroxismo do abandono nas redes de saúde.

É importante que os conceitos de referência e contra-referência sejam substituídos pelo conceito de co-responsabilização e pela integração entre as ações e serviços a partir de um projeto terapêutico (31).

Identificamos também que nesta categoria “dimensionamento da demanda”, desdobra-se um importante campo de debate, que de início não se destacou como uma dimensão de análise separada mas que, nas reiteradas leituras, parece merecer discussão específica. Trata-se de então da categoria Clínica da saúde mental na atenção primária.

### **5.3.2. Clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental**

Durante a realização desta pesquisa, uma questão de fundo que se colocou durante a investigação se refere à existência ou não de uma clínica de saúde mental diferenciada, específica na atenção primária. Uma clínica “sem muros”, sem o conforto do *setting* terapêutico dos consultórios dos serviços especializados, onde “tudo se apresenta, ao mesmo tempo, agora”, na dinâmica e vivacidade do território, a céu aberto, coloca novas questões às equipes da atenção básica e também (e talvez mais ainda) às equipes de saúde mental.

#### **Nova mirada da atenção primária em relação à saúde mental**

A tarefa de desconstrução do modelo da assistência psiquiátrica tradicional, centrada na institucionalização – que definiu historicamente *um lugar* de tratamento das pessoas com transtornos mentais – ainda se faz bastante necessária em muitos setores da sociedade em



geral, bem como nas equipes de saúde. É preciso reconstruir a noção de “um lugar de tratamento” para “uma rede continente” para problemas de saúde mental. Este deslocamento exige que se desconstrua, estrategicamente, a saúde mental como especialidade. “Não há saúde sem saúde mental” é o lema global adotado da OMS (45).

O que isto quer dizer? Quer dizer radicalizar a concepção de que para se produzir saúde é preciso produzir saúde mental. Tomar a abordagem psicossocial como prática cotidiana das equipes, na ressignificação do processo saúde-doença. Talvez possamos dizer que é preciso trazer para a atenção primária, a partir do campo da saúde mental, não a especialidade psiquiatria ou mesmo a especialidade saúde mental – já vimos em capítulos anteriores os efeitos da psiquiatria preventivista ou da psiquiatria organicista, por exemplo – mas a complexa contribuição do campo da atenção psicossocial.

Segundo Starfield (2) os problemas de saúde tendem a ficar cada vez mais complexos, com mais síndromes e incapacidades do que os médicos estavam acostumados a ver. Na APS, a doença se apresenta em estágio mais inicial do que na atenção especializada porque os especialistas já recebem pacientes com diversos encaminhamentos e com um histórico da doença e de tratamentos diversos. E conforme dito anteriormente, os especialistas tendem a superestimar a probabilidade de enfermidades sérias em populações não examinadas.

Para a autora, os médicos (foco de seus estudos) e o restante da equipe (aqui incluída) devem “tolerar a ambiguidade”, pois vários diagnósticos nunca serão definidos conforme as classificações tradicionais:

Eles devem sentir-se confortáveis em estabelecer e manter um relacionamento com os pacientes e em lidar com problemas para os quais não há nenhuma aberração biológica demonstrável. Eles também devem ser capazes de manejar vários problemas de uma vez, mesmo que os problemas não estejam relacionados em etiologia ou patogênese (2).

Apesar dessa discussão estar relacionada à clínica da atenção primária como um todo, ela se aplica muito bem ao tema deste estudo. Conforme apontado, o campo da atenção psicossocial poderia trazer importantes aportes teórico-práticos para estas novas complexidades clínicas, a que se refere Starfield.

### **Nova mirada da saúde mental em direção à atenção primária**

Diversos autores apontam que as demandas de saúde mental se apresentam na atenção primária de forma diferenciada e que merecem um olhar distinto das formas clássicas da psicopatologia abordadas pela Psiquiatria e Psicologia (140, 141).

O ponto crítico, para Gask et al. (140) é que os clínicos encontram sintomas indiferenciados, difíceis de reconhecer e sem nenhum filtro para saberem se trata-se ou não de transtornos mentais. Os pacientes na atenção primária apresentam uma “mistura” de problemas psicológicos, físicos e sociais. O contexto de vida e a comorbidade tem um papel importante na forma como os pacientes experimentam seus sintomas e os apresentam na atenção primária. Logo, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico são distintos na atenção primária e nos serviços especializados.

Estas especificidades dos transtornos mentais mais prevalentes na atenção primária e o fato dos sistemas de classificações, usualmente, serem baseados em pesquisas e experiências em *settings* psiquiátricos, motivou a criação de uma classificação especial, a CID-10-AP, bem como a readequação do DSM-IV (140).

Os quadros de ansiedade aguda e transtornos depressivos, sem a presença de outros sintomas mais graves, associados a eventos estressores são bastante comuns na atenção primária. Goldberg (141) denomina estes quadros de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esta classificação específica surge diante da impossibilidade de correspondência dos sintomas destes quadros clínicos com os critérios diagnósticos das classificações da psiquiatria da CID-10 e DSM-IV.

Estas formas diferenciadas de apresentação dos quadros clínicos e de classificação da atenção primária repercute na epidemiologia dos transtornos mentais neste nível de

atenção, com prevalências bem maiores, como já foi visto. Mas Gask et al. (140) indicam que há poucos estudos de longo prazo que confirmam os diagnósticos de transtornos mentais na atenção primária. Logo, estamos em um terreno de incertezas diagnósticas, que exigem novas posturas clínicas e psicossociais.

Neste sentido, Goldberg (141) diz que o diagnóstico é só o começo (ou nem mesmo isto?), pois o objetivo é ajudar o paciente a entender a natureza de seu problema e pesar os benefícios e os custos dos tratamentos disponíveis. Isto demanda do médico (e da equipe) sensibilidade, flexibilidade e imaginação para as nuances de sentido culturais que se refletem na experiência individual para poder definir intervenções diante das particularidades de cada paciente. Para este autor, neste contexto, dois fatores são importantes: a vulnerabilidade individual e a magnitude do fator estressor.

Outra problemática bastante comum na atenção primária é a dos “sintomas médicos não explicáveis” (142). Estes sintomas frequentemente não se adequam aos critérios diagnósticos do DSM-IV relativos às categorias dos transtornos somatoformes e colocam importantes desafios clínicos às equipes, no que se refere às intervenções possíveis e eficazes. No último congresso da Associação Mundial de Médicos de Família este foi um dos temas discutidos, com necessidade de definição de uma agenda de pesquisa sobre o tema.

Há obviamente uma interface importante da saúde mental na compreensão dos sintomas médicos não explicáveis, inclusive no que diz respeito aos sentidos que trazem para a clínica da atenção psicossocial estas novas classificações. Poderíamos, por hipótese, considerar que estas novas nomenclaturas, classificam o inclassificável do sofrimento humano, em um movimento mais de patologização do que de abertura para os sentidos desta experiência? Ou contribuem para ampliar o diálogo entre especialistas e generalistas?

Starfield (2) defende que há “uma nova clínica” da atenção primária. Que novos aportes podem trazer para atenção psicossocial? Que nova direção clínica pode ser construída na interface dos dois campos?

### **Um terceiro híbrido?**

Gostaríamos de deixar indicado que as análises apresentadas sobre a clínica da atenção primária e da saúde mental exigiriam estudos muito mais aprofundados, que não são objeto da presente pesquisa. O que se destaca como importante para a presente discussão é entender, em linhas gerais, a dimensão dos aspectos clínico-políticos envolvidos na aproximação saúde mental-atenção primária. Entender as potencialidades e as resistências apresentadas neste movimento.

Mais que entender exatamente suas origens (político-histórico-culturais), que é também importante, se faz necessário “traçar o mapa de sua constituição, dando conta dos diferentes “interesses” e componentes que participam da formação dos saberes” (143). Isto seria estratégico para superar determinados entraves que se colocam para fazer ampliar os cuidados em saúde mental na rede básica.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, juntamente com a Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA, destacam que o cuidado em saúde mental na atenção primária pode ser fator de redução de estigma, pelo lado do usuário, porque estes cuidados não estão associados com nenhuma condição específica de saúde na representação da população, tornando este nível de atenção mais aceitável e talvez mais acessível, para usuários e familiares (54).

Outra aposta que surge nos diversos artigos revisados e que tem relação com características estruturais da atenção primária é a proximidade das equipes com a comunidade e a família, o que possibilita um acompanhamento integral longitudinal, com abordagens complexas do ponto de vista de seus determinantes sociais.

Por outro lado, há uma grande contribuição da atenção psicossocial no que se refere à ampliação da clínica, a uma nova lógica de cuidado das pessoas com transtornos mentais, que não se restringe ao aparato assistencial mas se estende às intervenções políticas que a Reforma Psiquiátrica construiu junto à sociedade.

Logo, concluímos que estas novas miradas dos dois campos devem produzir um terceiro e mais potente campo de atuação, um “saber novo e híbrido”, composto de diversas visões e experiências (9). Esta discussão das particularidades da clínica da atenção

primária, ao invés de demarcar seus limites, deve construir, no sentido inverso, um “sistema sem muros” (65).

Nesta perspectiva de integração e potencialização saúde mental-atenção primária, concordamos com Passos e Benevides (143) de que é preciso radicalizar a idéia de que a clínica só pode ser concebida como transdisciplinar. Segundo os autores, as disciplinas marcam fronteiras muito rígidas dentro da definição de seus objetos. E a flexibilização destas fronteiras, no máximo, significa um diálogo entre profissionais identificados com suas disciplinas, que se remetem a determinados especialismos.

Esta flexibilização se dá por um

movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares (multidisciplinaridade), ou, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado (interdisciplinaridade). Mas o que vemos, como efeito, seja na multidisciplinaridade, seja na interdisciplinaridade, é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes (143).

Diversas abordagens que trabalham com a dimensão subjetiva da relação médico-paciente têm sido incorporadas às práticas da Medicina de Família e contribuído para a ampliação das abordagens reducionistas e biologicistas da clínica médica tradicional. Citamos, a título de exemplo, a *Medicina Centrada na Pessoa* (144), a *Nova consulta* (145), os *Grupos Balint* e a versão brasileira dos *Grupos Balint-Paidéia* - estes últimos como um dos dispositivos do Método Paidéia, com uma proposta mais ampliada que as demais, pois envolve outras dimensões que somente a relação médico-paciente (146).

A Medicina Centrada na Pessoa traz uma contribuição importante que é a distinção entre a doença e a experiência da doença. Segundo Ruben et al. (147) é necessário então diferenciar *illness* de *disease*. *Illness* pode ser traduzido como moléstia ou perturbação, que constitui a experiência particular de cada indivíduo ao adoecer ou sentir-se mal. É o modo singular, único, no qual cada pessoa é afetada pela doença. Trata-se da construção que os

pacientes fazem sobre seu mal estar, ou seja, sua experiência vivida.

Já *disease* é, no modelo biomédico, explicável a partir da fisiopatologia, de anomalias estruturais, que definem alterações funcionais, e que se expressam (com maior probabilidade) de uma maneira particular, independente do indivíduo. A doença constitui-se assim em uma construção do médico para abordar os problemas. Segundo estes autores (147), a Medicina de Família pretende combinar ambas visões e pretende ofertar elementos para incorporar a moléstia ou perturbação na abordagem centrada na pessoa. A abordagem clínica, nessa visão, é por problemas, “que nada mais é que aquilo que preocupa a pessoa, sua família ou o médico, ou a todos...”.

Já o Método Paidéia (122) e seus dispositivos (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial) trabalham a incorporação de uma concepção expandida dos processos de adoecimento da população, com proposta que supere uma “restrita compreensão biogenética para a existência”. O Método criado por Campos, afirma que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito, com mudança nos padrões dominantes de subjetividade.

Paidéia é uma noção que vem do grego e indica a formação integral do ser humano. O método propõe a reorientação de práticas de saúde de modo a ampliar a capacidade de análise e co-gestão dos Sujeitos, e articula, de modo processual, os desejos, as limitações dos contextos, conjugados com os interesses e desejos dos outros e as imposições institucionais (122).

Estas tradições que resgatam a subjetividade do paciente e suas formas peculiares de adoecimento, tradicionalmente restritas ao campo psi, se encontram bastante expandidas para outros campos da clínica e devem, na atenção primária, servir de forma particularmente importante para ampliar o acesso em saúde mental, pois se aliam à idéia de que produzir saúde é produzir saúde mental e também à idéia de que todo processo de adoecimento tem um componente de sofrimento psíquico (31).

### **5.3.3. Acesso aos cuidados em saúde mental na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade)**

Segundo Travassos e Martins (79) o conceito de acesso é complexo e muitas vezes é empregado de forma imprecisa. Há autores que focam nas características dos indivíduos, outros centram na oferta de serviços e alguns em ambas. As autoras chegam a certo “consenso” ao trabalhar o acesso como a entrada nos serviços, representando uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

Neste trabalho, adotaremos o conceito de acesso de uma forma mais abrangente, definido como a obtenção, pelo usuário, dos cuidados que necessita (148). Donabedian *apud* Travassos e Martins (79) trabalha com o conceito de acessibilidade, bastante próximo da concepção apresentada anteriormente, como a capacidade do serviço em responder às demandas. Estas concepções superam a idéia da simples oferta de serviço de saúde e referem-se às características que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Para Schmidt e Figueiredo (106) o acesso está diretamente atrelado ao acolhimento e devem ser inseparáveis.

A ampliação do acesso é um desafio colocado à agenda da saúde e da saúde mental, no Brasil (41) e no mundo (54). A atenção primária, como já mencionado ao longo do trabalho, é o primeiro contato da população com os serviços de saúde e em muito locais será o único.

Logo, discutir as barreiras de acesso é fundamental para mapear as lacunas assistenciais, de que ordem e dimensão são os recursos que faltam e como potencializar aqueles que já existem. Os gargalos podem ser de vários tipos: individuais, estruturais (da clínica e da gestão), conjunturais (onde há recursos mas não são acionados), entre outros.

## **Barreiras de acesso aos cuidados em saúde mental**

Muitas barreiras de acesso aos cuidados em saúde mental já foram analisadas na discussão sobre a dificuldade de diagnosticar e construir projetos terapêuticos junto de pessoas com transtornos mentais. Aliás, o subdiagnóstico não pode ser considerado barreira de acesso mas sintoma das dificuldades das equipes em atender os casos de saúde mental.

Patel (149) relata que os profissionais de saúde muitas vezes têm sentimentos confusos sobre as pessoas com TM tais como: medo da agressividade, repulsa pela falta de higiene, preocupação de que a conversa/consulta dure mais tempo que o habitual, raiva por estar “perdendo tempo” com doenças que não são reais. Todos estes sentimentos afastam ainda mais as pessoas com problemas mentais, e impedem o acesso aos cuidados. Segundo o autor, é preciso *disponibilidade de tempo* para uma avaliação em saúde mental.

Neste sentido, há um primeiro nível de barreiras de ordem subjetiva, relacionadas ao estigma, à resistência dos profissionais em atender a esta clientela, à noção de periculosidade associada às pessoas com transtornos mentais.

Uma das primeiras questões que podemos apontar nesta dimensão, se refere à aparente dicotomia falta de capacitação vs. falta de interesse. Pesquisas apontam que muitos profissionais da atenção básica não têm interesse na área da saúde mental (131, 132). Isto muitas vezes se confunde com a queixa de “falta de formação” ou “falta de qualificação” para trabalhar com esta área.

Trata-se, portanto, de analisar em que medida a queixa da falta de capacitação não é resistência dos profissionais em trabalhar com a dimensão do sofrimento psíquico, que extrapola a abordagem reducionista/organicista, sem prejuízo do reconhecimento da necessidade de se ampliar e consolidar os processos de formação em saúde mental junto às ESF.

Médicos e enfermeiros da APS apontam, em pesquisas qualitativas realizadas, dificuldades em lidar com o sofrimento, com as próprias emoções e também com contextos de extrema vulnerabilidade social, em que se encontram muitas vezes (107, 132, 133, 150, 151) Isto coloca duas questões: a necessidade de mudança no processo de trabalho das



equipes de forma a ampliar a clínica para uma dimensão intersetorial, bem como a necessidade de cuidar do cuidador.<sup>11</sup>

Existe uma grande dificuldade das equipes em começar alguma ação em relação às pessoas com transtornos mentais, mesmo que seja o simples registro dos casos. Observa-se com frequência a subnotificação dos registros em função da resistência dos profissionais ou do desconhecimento sobre os quadros clínicos, conforme apontado anteriormente. Obviamente a questão do registro tem íntima relação com as múltiplas questões discutidas na categoria “dimensionamento das demandas de saúde mental”.

Identificar e registrar implicaria ter que dar respostas. As equipes identificam muitas vezes, mas tem receio de ter que lidar com situações de emergência para a qual não se sentem preparadas. Outra questão correlata é a de que as equipes não conseguem superar a demanda espontânea em geral, e acabam por não fazer a prioridade de risco (151). Por mais altas que sejam as prevalências de transtornos mentais na atenção primária, muitas vezes o que parece óbvio é o mais negligenciado.

As barreiras relacionadas às questões de estrutura que são apontadas nos estudos se referem à falta de profissionais de saúde mental para trabalharem junto à APS, rotatividade dos profissionais, insuficiente rede de serviços de saúde mental para retaguarda das equipes, falta de medicamentos, infra-estrutura precária nas UBS, entre outras.

Aquelas questões relativas a processo estão relacionadas à falta de capacitação das equipes, sobrecarga de trabalho, priorização dos programas prescritos pelo Ministério da Saúde em detrimento da universalidade do acesso, falta de articulação entre os serviços, dificuldades de articulação dos CAPS com a APS, entre outros. Além disto, foi citada a dificuldade das equipes de Saúde Mental em trabalhar no território e a transferência dos problemas para as equipes da atenção primária.

Outro aspecto importante que se coloca como barreira de acesso é a percepção da população de que a atenção básica não é lugar de cuidados em saúde mental (57, 134). Em estudo feito junto a agentes comunitários de saúde, sobre os registros dos casos de saúde

---

<sup>11</sup> Este tema é bastante recorrente, quando em contato com os profissionais da atenção primária. Em quase todas as capacitações, seminários e cursos que a pesquisadora teve a oportunidade de participar ao longo destes 10 anos, surgiu esta preocupação, sobretudo relacionada à sobrecarga de trabalho das equipes, à falta de infra-estrutura das UBS, e é claro, os processos de trabalho adoecedores: conflitos de equipe, isolamento na rede, ausência de apoio, entre outros.

mental em sua área de abrangência, identificou-se que havia muitos poucos casos registrados pelos ACS na ficha A (instrumento de cadastro das famílias, de registro do SIAB). Chamou a atenção também que nenhum usuário de álcool e drogas foi identificado<sup>12</sup>. As autoras levantam a hipótese de que as próprias famílias também tem estigma em relação aos transtornos mentais, o que as leva a omitir este dado no momento do cadastro pelo ACS. Dado semelhante foi encontrado por Tanaka e Lauridsen (107) em que os pais de crianças com problemas de saúde mental tem alta sensibilidade para identificá-los nos filhos, porém muitas vezes não acham apropriado levar estes problemas aos pediatras da atenção primária.

Mas Oliveira et al. (134) identificaram que ao ofertar o apoio matricial de saúde mental, os ACS passaram a identificar melhor os casos e propor estratégias de intervenção. Este processo foi percebido pelos membros da comunidade local como uma nova possibilidade de cuidados em saúde mental, o que gerou demandas de visitas a famílias que não tinham referido casos de familiares com problemas mentais, no cadastro das famílias.

A preocupação com a eficácia das intervenções acaba se revertendo em imobilismo das equipes em ofertar ações já disponíveis em sua unidade. É o dilema entre fazer algo errado vs. não fazer nada.

À espera de apoio especializado, as equipes acabam por não visualizar ações que estão a seu alcance em benefício também das pessoas com problemas de saúde mental. Em vários estudos aparecem relatos de que as equipes realizam ações de saúde mental mas, contraditoriamente, não as definem como tal.

Como pode ser visto nos dados do Programa “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ (60), 25% das equipes que responderam a esta auto-avaliação não desenvolve ações para integração das pessoas com transtornos mentais em atividades coletivas regulares. Isto poderia corroborar a hipótese de que o estigma é importante barreira no acesso aos cuidados de saúde e de saúde mental, por parte das equipes de saúde.

---

12 Seria preciso fazer uma discussão à parte das questões relacionadas à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, o que não será possível nos limites deste trabalho. Destacamos porém que várias questões aqui abordadas podem ser pertinentes à esta clínica, respeitadas suas especificidades.

Além disto, pode apontar uma percepção de que as pessoas com problemas de saúde mental não necessitariam de cuidados clínicos, retomando a clássica dissociação mente-corpo.

Artigo sobre a experiência de atenção primária em Cabedelo (PB) mostra que os enfermeiros da ESF não reconhecem as ações de saúde mental como parte de seu trabalho, apesar de realizar “escuta, visitas, conversas” nas situações de violência, alcoolismo, drogas (150).

Em pesquisa realizada em Brazlândia, cidade satélite de Brasília, com equipes de Saúde da Família, registrou-se que a primeira ação dos profissionais em relação às demandas de SM é encaminhar diretamente para outra unidade ou serviço de saúde. Mas a pesquisa mostra também que há tentativas das equipes em conversar com usuários e familiares, a partir do vínculo estabelecido nas visitas domiciliares (152).

### **Para além das barreiras, há acessibilidade**

Entretanto, em diversos estudos foi possível identificar duas condições de possibilidade de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental: a) a percepção das equipes sobre o impacto dos determinantes sociais sobre o sofrimento psíquico ou o transtorno mental e b) a percepção de que muitas das intervenções usadas para os cuidados em saúde podem beneficiar também as pessoas com problemas mentais.

Há tentativas, por parte das equipes de atenção básica, de atender a população com os recursos disponíveis, apesar de todas as questões relativas à avaliação de que não estão capacitadas ou da dúvida em relação ao alcance/efeitos destas ações. São relatadas diversas ações como atendimento em grupo, acompanhamento, orientações e atendimento às famílias, escuta, parcerias com a comunidade, conversas, informações, auxílio na medicação, entre outros. (133, 136, 151, 152, 153).

Os agentes comunitários de saúde tem sido importante vetor de ligação entre a comunidade e as equipes da atenção básica. Vários relatos a respeito da primazia de seus conhecimentos sobre a comunidade em relação aos demais membros das equipes só reforçam este papel. Mas esta qualidade dos ACS não pode ser fator de isolamento de seu trabalho mas sim um elo de ligação entre as famílias e as equipes. É importante reforçar a

necessidade do ACS discutir os casos de sua área de abrangência com toda a equipe (154). Parece um princípio simples, mas sempre importante de ser reafirmado.

São muitas as barreiras de acesso relacionadas ao trabalho em equipe: falta de comunicação entre os membros, sobreposição de tarefas, sobrecarga em função de modos adoecidos de trabalho, conflitos pessoais, entre outros. Obviamente, o resultado é que aqueles que deveriam construir modos de produção de saúde acabam por estar tão adoecidos quanto à população que os procura.

Almeida (78) em pesquisa realizada junto a um serviço de saúde mental no Rio de Janeiro detectou que um dos indicadores mais importantes em um processo de avaliação é a satisfação dos técnicos com o serviço e isto tem relação direta com a assistência prestada. A pesquisa aponta que “a satisfação é um grande indicador de qualidade”. Apesar disto, o conceito de satisfação foi bastante debatido pelos pesquisados, em função de sua polissemia e dificuldades de se encontrar um termo que atenda às diferentes expectativas dos membros da equipe diante do trabalho.

A reflexão sobre o trabalho em equipe nos parece crucial para se pensar as barreiras de acesso em saúde mental e as condições de sua superação. Cunha (125) aponta que a área de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil tem uma discussão sólida sobre o tema do trabalho em saúde e uma das principais propostas de transformação da Clínica é a proposta de Campos (122) de Clínica Ampliada. Há uma íntima relação entre modelos de gestão e clínica. A gestão é uma força externa aos Sujeitos mas que atravessa as práticas e as definem, restringindo ou possibilitando a realização da Clínica Ampliada.

É preciso aumentar a capacidade de análise das equipes para que possam reorganizar seu processo de trabalho (122). Veremos mais adiante, os dispositivos que vem sendo usados no SUS para a ampliação da clínica.

Campbell *apud* Cunha (125) em estudos sobre a qualidade do cuidado na atenção primária indica que o “clima da equipe” (*team climate*) está associado a um melhor resultado na atenção primária. O autor confirma a importância deste fator, como algo que interfere de forma transversal, independente de outras variáveis, tendo relação determinante com o modelo de gestão adotado.

## **Quando a porta se abre, bons resultados aparecem ...**

Conforme citado anteriormente, há diversas ações de saúde mental sendo realizada pelas equipes da atenção primária. Como resultado destas ações ou *attitudes* (quer sejam sistemáticas ou descontínuas, reconhecidas “oficialmente” pela equipe ou não), há uma avaliação positiva em relação ao bem-estar dos pacientes, à retirada das medicações controladas, ao aumento da demanda, ao aprendizado e a satisfação da equipe, à aprovação da população e à ressocialização dos pacientes.

Além disto, muitas equipes conseguem fazer parcerias com Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), com grupos de auto-ajuda, organizações não-governamentais e outras ofertas na comunidade. Parece haver nestas ações uma direcionalidade em promover uma melhor qualidade de vida aos usuários, com os recursos do território.

Este dado nos parece bastante significativo e deve ser considerado como o fio condutor das estratégias de aproximação e sensibilização das equipes da atenção primária.

Neste sentido, um importante indicador que deve ser destacado é a inclusão das pessoas identificadas com algum tipo de problema de saúde mental (suportando a “ambiguidade” de um diagnóstico impreciso, segundo Starfield) nas atividades rotineiras das equipes da rede básica (caminhadas, grupos diversos, oficinas, entre outros).

Gask et al. (155) sintetizam alguns temas fundamentais que podem ter impacto na qualidade do acesso aos cuidados primários: 1) garantia de que alcancem os mais excluídos (atenção especial às dificuldades de acesso aos usuários de álcool e drogas); 2) estar permanentemente atentos às iniquidades no cuidado (que deve ser pauta constante do apoio matricial) e 3) no que se refere às pessoas com transtornos mentais graves, é preciso pensar mais em termos de severidade da doença para definir o acesso, do que em termos de diagnóstico. Mas é igualmente importante pensar nos graus de desabilidade que resultam dos problemas mentais.

É destacada também a necessidade da prevenção do suicídio, com avaliação de risco e manejo destas crises no nível da atenção primária. Segundo estes autores, muitos pacientes que cometem suicídio tiveram contatos recentes com a atenção primária. Estas equipes têm papel estratégico no acompanhamento destes casos.

A OMS indica que quando as equipes logram incluir as pessoas com transtornos mentais em seus cuidados, há uma redução do estigma associado a estas pessoas e melhora no acesso ao cuidado. O cuidado longitudinal é importante para a redução da cronificação e para a ampliação da integração social (51).

É importante perceber que tanto a saúde mental quanto a atenção primária trabalham com a reorientação do modelo assistencial, para ampliar e qualificar o acesso aos cuidados em saúde. Logo, muitas das barreiras relatadas têm estreita relação com um modo de se fazer clínica que, certamente, não atende aos preceitos básicos do SUS, de universalidade, integralidade e equidade. Se estes sintomas de degradação da clínica (35) não forem enfrentados e analisados em seu conjunto, certamente não fará sentido uma discussão isolada da atenção em saúde mental.

Além disto, vimos que há uma aposta das políticas públicas de saúde mental para a atenção primária no Brasil, de que o apoio matricial nesta área possa potencializar a produção de saúde, com o fortalecimento do vínculo e da qualificação do acolhimento junto às ESF. Segundo a OMS/WONCA (54), integrar a saúde mental na atenção primária promove serviços holísticos e centrados na pessoa.

#### **5.3.4. Arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental na atenção primária**

De início, é importante ter a compreensão de que a incorporação da saúde mental na atenção primária pode *potencializar* o trabalho das equipes e não significa “mais uma atribuição”, como aparece em diversos estudos sobre a percepção dos profissionais. Figueiredo e Onocko Campos (10), em estudo realizado na rede básica de Campinas, perceberam que as equipes modificam a forma de lidar com a subjetividade a partir deste “imbricamento”.

Há inúmeros arranjos e dispositivos que podem ser construídos conjuntamente com os profissionais de saúde mental ou pelas próprias equipes de atenção primária.

As experiências municipais têm se organizado de diferentes formas para a atenção em saúde mental na primária. Em breve síntese, podemos citar as seguintes maneiras, a partir dos estudos realizados:

- a) Profissionais de saúde mental que atendem na Atenção Básica (Centros de Saúde/Postos de saúde/Unidades Básica de Saúde)
- b) Profissionais ou equipes volantes que ofertam apoio especializado às ESF
- c) Equipes ligadas a serviços especializados (CAPS, ambulatórios) que prestam apoio às ESF
- d) NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família: equipes de profissionais especialistas que ofertam apoio às ESF (que podem ser compostos de diversas especialidades, inclusive SM)

Alguns modelos de organização das ações serão discutidos brevemente, em função das evidências qualitativas encontradas. Sem dúvida, a principal estratégia para ampliar o acesso em saúde mental na atenção primária é o arranjo do apoio matricial, em suas mais variadas formas (56, 117).

Entretanto, inúmeras experiências, desde a década de 80, trabalham com a incorporação de profissionais de saúde mental nas UBS, que têm se mostrado pouco eficientes. Pitta et al. (28) relatam que as avaliações mostram que a idéia de assistência em saúde mental na atenção primária, com a colocação de psicólogos nos postos de saúde, não lograram grande impacto na redução da assistência em outros níveis de atenção, e sobretudo, não tiveram impacto na desocupação dos leitos privados.

Figueiredo e Onocko Campos (10) chegaram à conclusão de que a existência de profissionais de saúde mental nas UBS, “à disposição” das equipes, acaba por desresponsabilizar os outros profissionais, atrelado ao aumento dos encaminhamentos. Já nas UBS que não tinham profissionais de saúde mental nas equipes, o fluxo de encaminhamento não é “automático”, como nas outras experiências, e ainda, o apoio matricial só é acionado em casos de extrema necessidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde há ainda no país um número expressivo de municípios com profissionais lotados nos Centros de Saúde, configurando uma “atenção ambulatorial dispersa” na rede básica (41).

Dalla Vecchia e Martins (151) sugerem que o apoio matricial seja ofertado a toda atenção básica, em função da Saúde da Família cobrir somente uma parcela da população, em muitos municípios.

Nos modelos de matriciamento em saúde mental, pode-se localizar dois tipos de organização: com uma equipe de saúde mental (2 ou mais profissionais) e somente com psiquiatra. Interessante notar que este tema não foi encontrado na literatura revisada, sendo possível identificá-lo pela experiência de campo da pesquisadora. Podemos citar experiências de matriciamento somente por psiquiatras, em algumas UBS de Campinas, em Sobral, em algumas UBS de Florianópolis e de São Paulo. Este modelo acaba por adquirir maior importância, por serem estas cidades, pólos formadores para o restante do país, e experiências reconhecidas nacionalmente.

Podemos levantar duas hipóteses para este formato de matriciamento exclusivo do psiquiatra. A primeira se refere a uma demanda específica das equipes para discutir aspectos da medicação, que justificaria um matriciamento pontual somente com o psiquiatra. A outra hipótese se refere a uma postura bastante comum entre as equipes (que aparece em diversos artigos) de valorização ou dependência da intervenção médica, refletindo na demanda do matriciamento somente do psiquiatra, em detrimento de abordagens de outros profissionais de saúde mental. Pela ausência de estudos sobre este tema, entende-se que é preciso uma análise mais aprofundada para avaliar as consequências deste modelo.

O apoio matricial deve servir como dispositivo para discutir as responsabilidades das equipes e tem se mostrado potente para vencer as barreiras de acesso presentes na atenção primária. Outra função importante é que este espaço propicie o cuidado com o cuidador, haja visto ser esta uma questão bastante recorrente das equipes, com relatos de angústia ao lidar com o sofrimento (9, 151). É preciso também a criação de espaços permanentes de análise sobre o próprio apoio matricial, para “realimentar suas potencialidades em transformar as práticas hegemônicas em saúde” (10).

Onocko Campos e Gama (53) elaboraram recomendações para o desenvolvimento de boas práticas em SM na APS, a partir de pesquisas realizadas na rede de saúde mental e atenção primária de Campinas. São propostos os seguintes dispositivos: a) acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda; b) intervenções breves na crise; c)



projetos terapêuticos singulares; d) responsabilização do sujeito e) uso racional de medicamentos (já discutido anteriormente).

Serão tecidos breves comentários a partir desta síntese de dispositivos, que nos parece bastante pertinente com as diretrizes do Ministério da Saúde e com a revisão da literatura para o tema articulação saúde mental- atenção primária.

a) **acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda:** é fundamental que as equipes possam se organizar de modo a realizar o acolhimento com avaliação de risco, para que se garanta a atenção aos mais graves. É preciso também priorizar as famílias que estão em maior risco (41, 154).

A idéia de acolhimento é bastante presente nos serviços e aparece como experiência bastante heterogênea (156). Os autores discordam das práticas que, com o rótulo de acolhimento, acabam por trabalhar com arranjos de triagem, na lógica biomédica de queixa-conduta, em que se está ausente o trabalho em equipe. Desta maneira os serviços não modificam seu processo de trabalho, apesar de aumentar o acesso quantitativamente, o que não garante qualidade do cuidado. Segundo os autores, é importante um acolhimento que garanta uma escuta qualificada, “que produza saúde e defenda a vida”.

Para estes autores, esta escuta qualificada deve propiciar o máximo de tecnologias materiais e não materiais, desconstruindo o fluxo unidirecional de consultas médicas, uma vez que toda a equipe deve se responsabilizar pela resolução dos problemas dos usuários. Isto restaura o princípio da universalidade do acesso nos serviços, pois permite que todos sejam atendidos.

A análise da demanda será feita a partir do acolhimento. Propomos que haja uma ampliação da “superfície de contato” entre usuários e profissionais, que pode se dar de diversas formas (no momento mesmo do acolhimento, com a inserção em diversas atividades, com o contato em seu ambiente familiar e com vizinhos, etc.), de modo a permitir maiores possibilidades de vinculação e transferência, tão necessárias no cuidado em saúde mental.

Para Lancetti (154) o acolhimento significa o atendimento das emergências do dia-a-dia da comunidade. Nestes atendimentos deve-se escutar as demandas e fazer as

intervenções necessárias naquele momento, com o intuito de resolver o máximo de problemas naquele local e de singularizar a relação.

A avaliação de risco deve considerar, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, as situações de exclusão social, problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, suicídio em adolescentes e adultos jovens, psicose e transtornos mentais graves, situações de exclusão social (pacientes crônicos internados em hospitais psiquiátricos, população de rua, idoso em situação de abandono, etc.).

Logo, o princípio é atender de forma diferente os diferentes. Um bom indicador destas práticas seria o dimensionamento de quantos destes casos estão sendo atendidos na atenção primária, em relação aos casos identificados de saúde mental.

b) **intervenções breves na crise:** é fundamental que as equipes (atenção primária e saúde mental) criem estratégias comuns para intervenções breves na crise. Estas intervenções podem ocorrer diretamente com o usuário na UBS, com intensificação das visitas domiciliares e atenção aos familiares.

São muitas as concepções sobre crise e há uma tradição importante no campo da Reforma Psiquiátrica sobre este tema. Godoy (157) faz uma breve explanação sobre algumas das principais abordagens. As crises podem ser analisadas por concepções da Psiquiatria tradicional, como remissão de sintomas e isolamento do doente.

Há as concepções da Psiquiatria Preventiva (já abordada no Capítulo I) que tiveram muita influência em modalidades de tratamento clínico que considera a crise como algo gerado por estímulos exagerados. Esta vertente criou uma classificação bastante utilizada pela Atenção Primária que subdivide as crises em evolutivas ou do desenvolvimento, que são previsíveis e as crises situacionais ou imprevisíveis. Esta abordagem recebeu muitas críticas por focar na questão da adaptação-desadaptação individual, como desvio de percurso, que deve ser corrigido.

Há também as concepções da Psicanálise que vê a crise como trauma ou experiência limite que traz uma incompreensibilidade que não é necessariamente negativa, vista como um momento rico de significações. Além disto, há toda uma tradição da Psiquiatria crítica

que questiona sua relação com a noção de periculosidade e faz uma crítica ao reducionismo psiquiátrico (157).

Entendemos que as crises são processuais e se dão em um *continuum* na vida do usuário. A atenção primária tem papel privilegiado na observação dos primeiros sinais que podem aparecer e que devem ser razão da intensificação da escuta qualificada para se pensar um projeto de intervenção adequado, sem precipitações. É preciso ter a garantia do direito ao melhor tratamento, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas antes da internação, ou seja, esta deve ser usada, de fato, como último recurso terapêutico, segundo a Lei 10.216 (120).

Nesta concepção de crise como processual é importante perceber a importância de uma rede continente de cuidados. Se o usuário de saúde mental está referenciado a uma equipe da atenção primária, sabe a quem recorrer e tem vinculação a ela, a tendência é a diminuição destes episódios.

Todas estas concepções terão efeitos sobre as formas de manejar as crises em diferentes contextos. É importante que as intervenções na crise sejam discutidas em equipe, e seja importante analisador de suas práticas.

É claro também que o manejo das crises na atenção primária estará diretamente relacionado à redução ou aumento das internações, e aparece como importante indicador de diversas experiências estudadas. Para Lancman (95) a reorientação do modelo assistencial em saúde mental – com foco na atenção primária e secundária – deu relevância a este indicador nos trabalhos de avaliação de qualidade, mas quando analisado de forma isolada não tem valor preditivo de boa ou má assistência.

**c) projetos terapêuticos singulares (PTs):** o projeto terapêutico é um dispositivo que almeja construir estratégias de intervenção junto com o usuário e suas famílias. O Pts deve considerar todos os recursos do território, da família e do próprio sujeito. É fundamental a participação do usuário e o envolvimento da família (53).

**d) responsabilização do sujeito:** é um direcionamento que depende de uma revisão das concepções presentes nos profissionais dos serviços em relação aos “pacientes”. É preciso sair da posição de vitimizar o paciente e da expectativa de sua passividade. É

também preciso cuidar de uma espécie de “tutela disfarçada” (53) que não possibilitam a autonomia do sujeito.

### **5.3.5. Gestão em saúde e em saúde mental**

No que se refere à gestão pode-se perceber que há diferentes formas de conceituação da Atenção Primária e isto depende de como a saúde e as áreas sociais dão suas respostas.

A atenção primária ainda está em processo de expansão e consolidação no Brasil e nos últimos anos, há uma forte ênfase por parte do Ministério da Saúde para que ela se transforme efetivamente na principal porta de entrada do SUS, como ordenadora das redes de atenção (5, 40).

Mas ainda existem lacunas assistenciais importantes na ampliação das equipes de Saúde da Família, que cobre atualmente pouco mais de 50% da população brasileira, segundo dados do SIAB. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, principal estratégia de apoio matricial do MS tem tido expansão significativa, mas ainda demandam expansão.

São poucos os estudos de avaliação dos NASF com ações de saúde mental que aparecem na revisão dos artigos. Mas é possível identificar diversos trabalhos sobre o tema em congressos recentes sobre atenção primária<sup>13</sup>. Nos temas livres, foram apresentadas diversas pesquisas sobre a implantação dos NASF com profissionais de saúde mental.

No relatório do III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família (44) é possível ver estudos que mostram os resultados da implantação do NASF em um bairro periférico de São Paulo, por exemplo, com resultados positivos para proporcionar cuidados em saúde mental.

Há também relatos de uma experiência de implantação de NASF com saúde mental (44), em que foi possível trabalhar o tema da gravidez na adolescência. As equipes conseguiram implantar o acolhimento e atendimento aos adolescentes na região em que

---

13 Ver Mostras Nacionais de Saúde da Família, organizadas pelo Ministério da Saúde.

atuam e obtiveram resultados positivos (mas ainda incipientes) na prevenção da gravidez nesta parcela da população. Houve também o envolvimento intersetorial com trabalho nas escolas.

Outro trabalho relevante, desta vez direcionado à avaliação das dificuldades de implantação dos NASF em geral, mostra que a precariedade dos vínculos, a baixa qualificação em saúde pública e muitas vezes, o não cumprimento da carga horária prevista dos profissionais dos núcleos, dificulta sobremaneira o planejamento das ações em saúde.

### **Poder prescritivo vs. poder decisório**

Há certo consenso sobre o reconhecimento da importância das diretrizes do Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial em saúde e sobre a convergência das diretrizes da atenção primária e da atenção psicossocial. Consenso relativo – quase todos defendem saúde mental na atenção primária (atores no campo da saúde e da saúde mental, à esquerda, centro ou à direita). Mas as formas de implementá-la são muito distintas e podem mesmo se configurar em diferentes modelos de atenção.

Para Camuri e Dimenstein (158) a superação da lógica tradicional que orienta os processos de trabalho em saúde passam pela rediscussão do planejamento, da organização dos serviços e das formas de gestão. Para eles, a Estratégia Saúde da Família e a Estratégia da Atenção Psicossocial são forças instituintes para modificar as práticas de cuidado nas duas áreas.

As políticas de saúde podem ter tanto um poder instituinte como um poder prescritivo, a depender da forma como são interpretadas e implementadas. Goulart (159) ao analisar as normas operacionais básica do SUS, avalia que o SUS é “esculpido a golpes de portarias” que *podem* engessar as práticas locais, sobretudo quando se amarra determinados financiamentos a determinadas formas de implantação de serviços. Mas relativiza também estas amarras, ao entender que pertencem mais a uma maneira de pensar e ver o mundo do que a “propriamente uma fatalidade imposta”. Logo, é preciso criatividade, conclui.

Para Campos (122) toda norma se origina tanto de um conhecimento técnico quanto de disputas de interesse. Não podemos esquecer que a grande maioria das políticas do SUS são fruto de amplas pactuações, que emolduram os diversos interesses dos gestores<sup>14</sup> Ou seja, toda norma ou lei pode ser tomada como um campo de lutas.

Segundo Santos (34) o SUS é o maior projeto público de inclusão social e esta dimensão se deve justamente à descentralização de competências, com ênfase na municipalização, assim como também a outros dispositivos de pactuação nas diferentes instâncias do SUS e pela disseminação de valores éticos e sociais entre diversos setores da sociedade.

O princípio de descentralização do SUS permite uma ampla margem de poder do gestor local, que nos dá um espectro bastante rico de variadas experiências, baseadas no saber local. Ao retomarmos a breve história de construção das diretrizes sobre a articulação saúde mental-atenção primária vimos que estas foram elaboradas a partir de consensos das experiências bem sucedidas que estavam em curso. Talvez isto constitua seu maior poder instituinte: o fato de terem sido construídas de forma ascendente, com ampla participação e terem sido referendadas e revisadas ao longo deste período, em inúmeros fóruns de discussão, além de terem sido objeto de deliberações de diversas conferências de saúde mental.

A proposta de apoio matricial mostra bem este percurso de construção. Campos e Domitti (56) relatam que este conceito foi proposto por Campos (55) e adotado em serviços de saúde mental, atenção básica e hospitalar em diversos municípios. Posteriormente foi adotada pelas Políticas de Saúde Mental, Humanização e Atenção Básica/Saúde da Família, como proposta nacional.

Pois bem, é fato que há sempre uma lacuna na transposição destas políticas, que nos demandam processos avaliativos compreensivos, participativos e mobilizadores permanentes, para que se possa chegar a um objetivo comum: ampliar os coeficientes de autonomia dos sujeitos e a percepção de melhora em sua qualidade de vida.

---

14 Silva, LMV em artigo sobre os avanços e as dificuldades do processo de descentralização do SUS, questiona em que medida municípios com forças políticas tão distintas tem sido “representados” por seus colegiados gestores (CONASS e CONASEMS, Tripartite. (160)

### **5.3.6. Formação em saúde mental na atenção primária**

O Ministério da Saúde, em 2002, ao propor um *Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica* reconhece alguns dos principais problemas na área: concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, programas ainda pouco instituídos e também concentrados geograficamente e dificuldades na fixação dos profissionais médicos, sobretudo de psiquiatras (161).

No campo da atenção primária, o tema da falta de capacitação em saúde mental é bastante recorrente e aparece em quase todas as pesquisas analisadas. São identificados problemas com relação à falta de capacitação em saúde mental das equipes de atenção primária, à falta de formação dos psicólogos e psiquiatras para atuarem na atenção primária; a constatação de que a formação acadêmica de muitos profissionais não incorpora os princípios da saúde coletiva, do trabalho no SUS e muito menos do trabalho na atenção primária; problemas relacionados à qualidade das capacitações, muitas vezes ineficazes quando pontuais (8, 136, 150, 152, 158).

O Ministério da Saúde define que o principal arranjo para a interação e formação das equipes de atenção primária e saúde mental é o apoio matricial. Entretanto, Pereira (162) constata que apesar desta diretriz ser clara, não foram elaboradas diretrizes mais específicas para a organização dos processos de formação em saúde mental dos médicos e enfermeiros do PSF.

Há inúmeros processos de formação em curso mas não há uma avaliação destas práticas, de forma mais sistemática. O Ministério da Saúde criou uma secretaria específica para o tema da Formação (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) mas ainda se observa muita fragmentação e falta de integração entre os programas e áreas temáticas.

O Reino Unido tem tradição nos estudos sistemáticos nesta área, em função de terem consolidado seu sistema como base na atenção primária desde os anos 60, além de

terem construído estratégias educacionais em saúde mental dirigidas especificamente para a atenção primária.

Gask et al. (163) realizaram importantes estudos de avaliação das intervenções educacionais na atenção primária e mostram que muitos treinamentos não são efetivos no impacto junto aos pacientes.

As três maiores barreiras para a efetividade destas intervenções são: a) os generalistas não acreditam que sua prática pode ter efeito; b) a inadequação dos treinamentos e c) os contextos organizacionais em que se encontram para implementar o que aprenderam, mesmo quando os treinamentos são acompanhados por outras intervenções profissionais, não parece ter impacto na qualidade de vida ou na aderência à medicação.

Já os encontros científicos e educacionais, que são os mais ofertados aos médicos, têm efeito sobre o conhecimento e as atitudes em relação à doença mental mas não na prática e nos resultados. A conclusão é de que estes treinamentos parecem ter efeito somente quando as intervenções educacionais são acompanhadas por intervenções organizacionais.

Como pode ser visto na revisão bibliográfica realizada nesta pesquisa, é possível identificar, em linhas gerais, forte convergência com os estudos ingleses no que se refere às principais questões levantadas sobre as dificuldades para qualificar as equipes da atenção primária.

Gask et al., (163) propõem alguns modelos para aperfeiçoar a qualidade da SM na APS que envolvem o treinamento das equipes de AB e dos médicos de família, com identificação dos casos e manejo farmacológico e psicológico. Há também a proposta de interconsulta (*consultation-liaison*), com os seguintes objetivos: a) foco em aperfeiçoar as habilidades dos generalistas; b) contato com especialistas regularmente para suporte e *feedback*, c) referenciamento somente após discussão, d) manejo pela equipe da AB.

Segundo Pereira (162) estes autores desenvolveram múltiplas técnicas de aprendizagem como conferências breves sobre modelos de consulta médica, discussão de casos reais, desenvolvimento de certas habilidades a partir de vídeos e exercícios de *role-*



*play* pelos alunos. O principal objetivo é o desenvolvimento de habilidades para atuação na atenção primária, com demonstrações em vídeos e o exercício dos alunos. É interessante a ênfase no desenvolvimento de abordagens aos pacientes mais do que na discussão clínica.

Estas experiências mais consolidadas podem nos apontar estratégias já estudadas e avaliadas com relação à sua efetividade, sobretudo por sua longa tradição. Mas é preciso também revisar as experiências brasileiras (e são inúmeras) de cursos de formação para a atenção primária, que tem se mostrado efetivas.

Pereira (162) desenvolveu uma revisão das habilidades específicas de médicos e enfermeiros na atenção primária. Há evidências que apontam a necessidade de se realizar formações conjuntas mas também distintas para médicos e enfermeiros.

Campos et al. (3) organizaram Manual voltado aos profissionais de saúde, mais especificamente da atenção básica, que traz textos e reflexões de uma consolidada experiência de Cursos de Especialização em diversos municípios do país. O Manual trabalha o apoio matricial e também traz discussões mais voltadas para a saúde mental, em alguns de seus capítulos. Campinas tem sido um importante pólo formador nesta área.

Outro importante pólo formador em saúde mental e atenção primária é o município de Sobral e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, no Ceará. Este estado foi precursor do trabalho com os ACS ainda na década de 80 e segue com experiências bastante relevantes no campo da saúde mental na atenção primária. Barros et al. (153) destacam a estratégia de incluir práticas interdisciplinares na atenção primária que ajudam a incluir ações de saúde mental na residência multiprofissional em saúde da família, organizada pela Escola. Esta experiência tem permitido muitos avanços no município, no que se refere à atenção em saúde mental e têm influenciado outros municípios brasileiros.

Há também um conjunto de cursos apoiados pelo Ministério da Saúde nas modalidades de atualização, especializações presenciais e à distância, com a inclusão do tema da atenção primária. O tema também tem sido incluído nas Residências Multiprofissionais (41).

Há uma série de programas, criados pelo MS nos últimos anos, que ainda precisam ser mais bem explorados e articulados para ampliar a formação em saúde mental na atenção

primária. Para citar os principais: Profaps (Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde), Pró-Saúde, o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), o Telessaúde (que permite uma segunda opinião médica à distância), o Pró-Residências (Médicas), UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e o Progesus (Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS). Este é um campo enorme de amplificação da qualificação em saúde mental.

Nesta breve revisão, fica evidente que é preciso um esforço maior de sistematização destas experiências, com vistas à criação de uma rede potente de profissionais e serviços com interesses voltados para saúde mental e atenção primária.

Por fim, vemos que é preciso um esforço conjunto entre profissionais e equipes de saúde mental e da atenção primária, como aponta Pereira (162)

a incorporação concreta e sistematizada de ações de saúde mental na atenção primária tem exigido uma mudança de postura dos profissionais da saúde mental. Antes isolados em seu mundo “psi” engrandecidos pela missão de guardiões da subjetividade e da Reforma Psiquiátrica, agora se vêem ante o perigo de perder o trono, já que por necessidade (organização da demanda sempre crescente) ou por demanda do outro (PSF) começam a sair do conforto de seus consultórios. O PSF propõe algo radical na operação da chamada Clínica no Território... exigindo (dos profissionais de saúde mental) um reposicionamento menos narcísico e mais generoso, especialmente no que diz respeito à transmissão do conhecimento.

Como afirmamos anteriormente, entendemos que este esforço de aproximação e de compartilhamento de conhecimento deve ser recíproco, e sempre em defesa da ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental de qualidade no SUS.

## **CAPÍTULO VI - SUBSÍDIOS PARA UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Se avaliar é refletir, planejar e estabelecer objetivos (64) ou uma forma de disparar diálogos, estamos a trilhar um bom caminho ao propor uma estratégia avaliativa das ações de saúde mental na atenção básica.

Conforme já demonstrado, o objetivo desta pesquisa foi identificar os princípios e diretrizes estruturantes da Política Nacional de Saúde Mental para a Atenção Primária e analisá-los à luz das experiências relatadas na revisão da literatura realizada (2001-2011). A partir disto foram criadas as 6 categorias de análise apresentadas no tópico anterior, para que então seja possível apresentar subsídios para uma proposta avaliativa das ações de saúde mental na atenção primária.

Concordamos com a concepção de que a avaliação deve envolver diversas ordens de problemas e isto implica superar avaliações instrumentais baseadas em normas fixas da clínica e da epidemiologia (70). Felisberto (82) sugere a necessidade de que a avaliação seja cada vez mais institucionalizada para se promover processos estruturados e sistemáticos, que possam abranger várias dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

É importante, segundo Furtado (70) aumentar o grau de compreensão dos processos avaliativos e considerar os sentidos atribuídos aos dados e aos fatos, pelos grupos envolvidos no processo.

Além disto, é importante que os sujeitos introjetem “um olhar avaliador” para que a avaliação seja orgânica os processos de trabalho, desde o profissional da unidade local de saúde até a esfera federal, no Ministério da Saúde (73).

A partir desta concepção ampliada de avaliação (mais detalhadamente abordada nos capítulos II e III) apresentaremos subsídios para uma proposta de avaliação para ações de saúde mental na atenção primária, a partir das evidências das experiências e de questões éticas abordadas no conjunto das leituras realizadas na presente pesquisa.

Segundo Saraceno et al. (81) há algumas etapas da avaliação que são fundamentais: a) identificação do problema; b) definição de critérios e padrões de qualidade, c) construção de indicadores a partir das informações coletadas, d) confronto entre dados obtidos e critérios previamente definidos e e) discussão de resultados.

Seguindo estes passos, temos identificados os principais problemas na articulação saúde mental-atenção primária, na conjugação das diretrizes do MS com a revisão narrativa realizada, permitindo a construção de categorias de análise, já abordadas no capítulo V.

A partir disto, foram listados e construídos indicadores qualitativos e quantitativos, de forma abrangente, com base também nas experiências internacionais.

### **6.1. Subsídios das experiências internacionais**

Em breve revisão realizada sobre trabalhos a respeito de indicadores de saúde mental, sem o intuito de fazê-la de forma sistemática, mas sobretudo a partir de referências, foi identificada uma enormidade de artigos científicos sobre avaliação da qualidade dos cuidados em saúde e uma produção bem menor na área de saúde mental. Geralmente os indicadores de saúde são discutidos nas três principais dimensões definidas por Donabedian (77): estrutura, processo e resultado. É difícil superar esta clássica divisão. Há, mais recentemente, um maior interesse pelas análises de resultados, segundo alguns autores.

Como já foi apontado, são poucos os estudos sobre indicadores de saúde mental no Brasil e mais ainda sobre indicadores de saúde mental para a atenção primária. Há, neste campo, sempre a necessidade de discussão sobre os valores que definem o que seja “boa qualidade”, como já foi discutido, com sua contextualização específica, além do debate sobre a relativa importância dos indicadores *hard* (quantitativos) sobre os *soft* (qualitativos).

Recorremos então a algumas experiências internacionais (68, 81, 148, 155), para contribuir com os achados das experiências brasileiras, de forma a construir novos indicadores, moldados a partir do nosso modelo de atenção primária.

Shield et al. (148) realizaram, na Inglaterra, uma pesquisa com a metodologia de Painel de Especialistas, com 115 representantes de diferentes grupos implicados com a atenção em saúde mental na atenção primária (psicólogos clínicos, profissionais da assistência social, enfermeiros da atenção primária, conselheiros, generalistas, psiquiatras, cuidadores, pacientes e sociedade civil (*voluntary organisations*). Foram feitos 11 painéis com os diferentes grupos.

O objetivo foi identificar indicadores qualitativos para ações de saúde mental na atenção primária, que refletissem uma perspectiva de todos os grupos de interesse envolvidos, para aperfeiçoar os processos avaliativos. Foram listados 334 indicadores mas validados apenas 26%, por todos os painelistas. São indicadores importantes no dimensionamento do acesso e da efetividade dos cuidados neste nível de atenção, bastante relevantes, dada a tradição daquele país em desenvolver ações e pesquisar este tema.

Outro estudo internacional sobre indicadores de saúde mental, mas não especificamente voltados para a atenção primária, foi realizado pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (68). Este projeto, denominado *Painel de Cuidados em Saúde Mental* reuniu 21 países, além da OMS, Comissão Européia, Banco Mundial, diversas instituições de pesquisa e a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua) e a *European Society for Quality in Healthcare* (ESQH). Foi realizado um painel de especialistas que fez uma seleção de 12 indicadores para cobrir 4 áreas estratégicas: 1) tratamento; 2) continuidade do cuidado; 3) coordenação do cuidado; 4) resultados relativos aos pacientes.

Foram identificados 134 indicadores em 24 fontes diferentes. Depois foi feita uma lista com 24, tendo como alguns dos critérios: a qualidade técnica do indicador, foco na qualidade do cuidado (não em custo ou utilização), construção em um único item (e não em multi-escala), além de poder ser usado a partir de dados administrativos, com sistemas de códigos uniformizados (ex.: CID 10, DSM IV) ao invés de demandar dados específicos, não padronizados.

Destaca-se também o documento da OMS sobre avaliação de serviços em saúde mental, coordenado por J.M. Bertolote, com a participação de Benedetto Saraceno e colaboradores (81), como também o *Practical Guide to the National Service Framework for*

*Mental Health*, produzido pela Universidade de Manchester, coordenado por Linda Gask e colaboradores (155).

Todos estes documentos trazem relevantes contribuições sobre as três dimensões fundamentais, já indicadas por Thornicroft e Tansella (86), que devem pautar as ações e serviços de saúde mental e suas práticas avaliativas: a ética, a base de evidências e a base de experiências.

Estes estudos reafirmam, também, que é necessário agregar aos indicadores quantitativos, diversos indicadores qualitativos, que darão uma dimensão mais completa do que se espera por qualidade dos cuidados em saúde mental. Ademais percebe-se, como pano de fundo das pesquisas, uma grande preocupação com a garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, que vão desde o acesso a serviços e medicamentos até à ampla garantia dos direitos sociais (moradia, trabalho, habitação, entre outros).

## **6.2. Matriz para avaliação das ações de saúde mental na atenção primária – indicadores preliminares**

A partir da construção dos principais temas que emergem da revisão narrativa, bem como da análise documental, em seguida agrupados nas 6 categorias de análise abordadas, foi construída uma matriz com os seguintes componentes:

- Nas colunas: a) Princípios e diretrizes da Política de SM na APS b) Questões analisadoras a partir das experiências; c) Arranjos & dispositivos; d) Indicadores preliminares (de acesso e efetividade).
- Nas linhas: os temas que foram destacados como essenciais para a avaliação das ações de saúde mental na atenção primária, apontados nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Para Campos e Domitti (56), quando discutem o conceito de apoio matricial, resgatam os diversos sentidos do termo matriz como “lugar onde se geram e se criam coisas”, ou “conjunto de números que guardam uma relação entre si, quer analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais”. Para estes autores esta é uma tentativa de atenuar sistemas hierarquizados e rígidos.

Aplicamos esta idéia também à matriz proposta, pois entende-se que não há uma hierarquização entre os elementos que a compõe, havendo bastante transversalidade entre os temas abordados, os arranjos/dispositivos, as questões analisadoras e mesmo entre os indicadores qualitativos.

Com relação aos componentes da matriz, esclarecemos que:

1) **Questões Analisadoras** foram elaboradas no intuito de abranger temas de difícil dimensionamento por indicadores, mas que podem provocar debates com grande potencialidade junto à gestão e às equipes, para se repensar o processo de trabalho e a ampliação do acesso em saúde mental na APS;

2) **Proposta de Indicadores de saúde mental** são preliminares pois ainda serão apresentados no Grupo de Especialistas para que sejam construídos consensos mínimos em torno de sua validade, relevância e pertinência. É preciso também reafirmar a idéia de que os indicadores podem ser utilizados, pelas equipes e pela gestão, como *uma* das formas de avaliar práticas e dinâmicas, mas que não representam o caráter multidimensional das ações de saúde mental.

Todos estes componentes da matriz devem servir ao processo avaliativo. Destacamos que ao escolher a forma de uma matriz para dispor esta proposta de avaliação, corremos o risco de sintetizar processos muito mais complexos, que demandariam outras formas de exposição. Neste sentido, quando necessário, serão incluídas notas complementares, mas sempre parciais em relação à amplitude do tema.

Santos Filho (75) propôs diversas aproximações metodológicas para a avaliação da Política Nacional de Humanização (PNH) e dentre elas uma matriz com eixos avaliativos e indicadores de referência, que em muito se aproximam das concepções de avaliação abordadas neste trabalho. A PNH e a Política Nacional de Saúde Mental têm muito em comum, sobretudo na construção de diversos dispositivos para a mudança no processo de trabalho e na produção de saúde, tais como Projetos Terapêuticos Singulares, Acolhimento e Vínculo e o próprio Apoio Matricial, entre outros. Entendemos que estas e outras

propostas podem ser complementares e devem contribuir para o aperfeiçoamento da avaliação da atenção primária.

Na construção da matriz serão listados os principais achados dos artigos, bem como *indicadores construídos* a partir da pesquisa. O objetivo, nesta etapa, é a formulação ampla de elementos a serem avaliados e indicadores preliminares que possam dar subsídios para a formulação de uma proposta avaliativa, que entendemos ser mais complexa do que a que ora se apresenta.

Tanto as questões analisadoras como os indicadores preliminares devem servir como catalisadores para iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental. Segundo Shield et al. (148), há mais estudos sobre práticas específicas voltadas para grupos diagnósticos do que estudos sobre práticas voltadas para um conjunto de pessoas, inseridas em uma rede de cuidados. Logo, estes indicadores de nível mais sistêmicos para equipes e redes têm caráter exploratório e devem ser também validados por discussões nas equipes de saúde e pela gestão.

Destacaremos duas dimensões para analisar os indicadores que nos parecem relevantes para a avaliação da qualidade em saúde mental: acesso (se o usuário consegue os cuidados de que necessita) e efetividade (da clínica e dos cuidados interpessoais, quando o usuário acessa o serviço), tal como define Shield et al (148).

Logo, as categorias criadas anteriormente, a saber: 1) dimensionamento da demanda de saúde mental; 2) clínica da saúde mental na atenção primária ou clínica da atenção primária com saúde mental; 3) acesso aos cuidados de saúde mental na atenção primária (barreiras e condições de acessibilidade) 4) arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental; 5) gestão em saúde e em saúde mental 6) formação permanente em saúde mental na atenção primária, **serão dispostas de uma nova maneira.**

As categorias de acesso e de arranjos/dispositivos serão analisadas de forma transversal às outras, por atravessarem o conjunto das práticas desde a identificação dos casos às articulações intersetoriais, da clínica à gestão.



**MATRIZ DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL PARA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**MATRIZ PARA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**INDICADORES PRELIMINARES**

**1. DIMENSIONAMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL**

Princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para APS	Questões analisadoras a partir da revisão bibliográfica	Arranjos e dispositivos Estratégicos	Indicadores preliminares de ACESSO	Indicadores preliminares de EFETIVIDADE
<p><b>A) Identificação das demandas de saúde mental no território; Magnitude epidemiológica; Ampliação do acesso aos cuidados em SM; Universalidade, integralidade e equidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que significa o subdiagnóstico?</li> <li>- O que pode revelar sobre medos, preconceitos, estigma?</li> <li>- Quais são as barreiras subjetivas mas também as dificuldades inerentes às primeiras abordagens das pessoas com TM, sobretudo os casos mais graves?</li> <li>- Os profissionais conseguem saber o que é importante para identificar uma pessoa com TM?</li> <li>- A equipe tem tempo para falar com uma pessoa com problemas de saúde mental?</li> <li>- Quais são os efeitos do caso na equipe?</li> <li>- É possível trabalhar os dados sobre SM preliminares referidos no cadastro das famílias, como um primeiro passo para o dimensionamento da demanda?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas domiciliares para levantamento preliminar pactuados entre ESF e ACS</li> <li>- Acolhimento, escuta qualificada, vínculo</li> <li>- Apoio matricial</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de <b>álcool</b>, por faixa etária e sexo</li> <li>2. % pessoas com problemas de uso prejudicial de <b>outras drogas</b>, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo</li> <li>3. N° de pessoas identificadas com <b>transtornos psiquiátricos graves</b> por faixa etária e sexo</li> <li>4. N° de pessoas identificadas com <b>transtornos psiquiátricos leves</b> por faixa etária e sexo</li> <li>5. Prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária</li> <li>6. N° de atendimentos em <b>saúde mental</b> (exceto álcool e drogas), em determinado local e período/N°</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Aumento da proporção de casos graves atendidos pelas equipes</li> <li>19. Ampliação do vínculo com pacientes e familiares com TM</li> <li>20. Diagnósticos e terapêuticas discutidos de forma compartilhada</li> <li>21. Inexistência de fila de espera</li> <li>22. Consensos construídos pelas ESF sobre gravidade dos casos de TM</li> <li>23. Superação do estigma</li> </ol>

	<p>- O conhecimento, pelas equipes, das prevalências e dos tipos de TM é apontado como importante ferramenta de apoio</p>		<p>total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100</p> <p>7. N° de atendimentos de usuário de <b>álcool</b>, em determinado local e período/N° total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100</p> <p>8. N° de atendimentos de usuário de <b>drogas</b>, em determinado local e período/N° total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100</p> <p>9. Taxa de prevalência de alcoolismo</p>	
<p><b>B) Priorização dos casos graves:</b>  <b>TM graves, moradores de rua com abuso de álcool e/ou outras drogas, cárcere privado, TM abuso de álcool e/ou outras drogas, tentativas de suicídio, idosos em abandono, situações de violência diversas, isolamento social, crises convulsivas</b></p>	<p>- O que define a gravidade de um caso?</p> <p>- A gestão municipal da SM/APS define esses critérios?</p> <p>- A equipe tem construído estes critérios conjuntamente?</p> <p>- Estes casos chegam às equipes?</p> <p>- As pessoas devem ser atendidas pelas necessidades e não pelas</p>	<p>- Acolhimento com avaliação de risco</p> <p>- Elaborar estratégias específicas para grupos muito vulneráveis e resistentes</p> <p>- Apoio matricial</p>	<p>10. Aumento da frequência de visitas às famílias em maior risco e vulnerabilidade</p> <p>11. N° de visitas domiciliares mensais aos casos graves de SM/N° de cadastrados na área da equipe</p> <p>12. N° de pessoas em acompanhamento, após consulta inicial, estratificada por grupos mais vulneráveis /N° de pessoas acompanhadas</p>	<p>24. Ampliação dos dispositivos de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de vulnerabilidade e para os casos de violência</p> <p>25. Aumento do número de Projetos Terapêuticos com articulação intersetorial, para os casos graves</p> <p>26. Implementação de</p>

	demandas: os casos graves em SM não procuram atendimento		13. Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)  14. Notificação e acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos	estratégias específicas para moradores de rua
<b>C) Famílias e comunidade como parceiras no tratamento</b>	<p>- As famílias conseguem identificar os casos de TM?</p> <p>- Há muitas barreiras para abordar o assunto?</p> <p>- Ampliar o potencial mediador do ACS para aproximação com as famílias</p> <p>- Considerar a sobrecarga das famílias no cuidado com familiares com TM</p>	<p>Visitas domiciliares</p> <p>Abordagens familiares com apoio matricial</p> <p>Qualificação das equipes em abordagem de família</p> <p>Genograma</p>	<p>15. Participação da família na elaboração do PTs</p> <p>16. Existência de intervenções para alívio da sobrecarga das famílias</p> <p>17. Existência de prontuário familiar</p>	<p>27. Aumento da participação das famílias nas atividades da UBS</p> <p>28. Famílias informadas e sobre o tratamento e protagonistas nos Pts</p> <p>29. Redução das internações/tratamentos involuntários</p> <p>30. Ampliação da visão da família sobre os TM e relação mais salutar com seu familiar adoecido</p>

## 2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL –

### PARTE I

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Questões analisadoras a partir das experiências	Arranjos e dispositivos Estratégias	Indicadores preliminares de ACESSO	Indicadores preliminares de EFETIVIDADE
<b>A) APS deve ser a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado</b>	<p>A porta de entrada está aberta às pessoas com TM?</p> <p>É possível estabelecer relações solidárias entre os serviços de saúde mental e a APS?</p> <p>As equipes tem mapeada a rede de saúde mental existente na área de abrangência e conhece seu papel?</p> <p>Há linhas de cuidado abrangentes, pensadas para a área de SM?</p> <p>Comentários: Superar a oposição casos graves (CAPS) X casos leves (APS) – discutir os papéis de cada dispositivo <i>para todos os casos e em cada caso</i></p>	<p>Acolhimento e vínculo para ampliar o acesso</p> <p>Clínica ampliada</p> <p>Equipes de referências</p> <p>Apoio matricial</p> <p>Colegiados de gestão</p>	<p>1. N° consultas de SM realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos e enfermeiros da equipe/N° total de consultas realizadas (médicos e enfermeiros) pela equipe X100</p> <p>2. Redução dos encaminhamentos sem co-responsabilização para nível secundário e terciário</p> <p>3. Intervenção precoce nos casos de alcoolismo e primeiro episódio de psicoses</p> <p>4. Manejo pelas ESF dos problemas de ansiedade e depressão</p>	<p>16. Proporção de pessoas com TM graves com Projetos Terapêuticos elaborados</p> <p>17. Ambiência afetiva e compreensiva em relação às pessoas com TM</p> <p>18. Priorização dos casos de SM diante da magnitude epidemiológica</p> <p>19. APS propiciou o primeiro contato da pessoa com TM com o sistema de saúde</p>
<b>B) NASF como estratégia para ampliar o escopo das ações das ESF</b>			<p>5. Periodicidade semanal ou quinzenal das reuniões entre SM e ESF</p> <p>6. % de casos de SM discutidos conjuntamente SM e</p>	<p>20. N° de atendimentos de SM realizados somente pelos profissionais dos NASF/N° de atendimentos de SM realizados conjuntamente SM e ESF</p>

			ESF 7. % de profissionais da APS qualificados para atenção em SM	21. % de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos pelas ESF pós matriciamento implantado  22. Aumento da resolutividade das equipes com a implantação do matriciamento
<b>C) Continuidade do cuidado como fundamental para o manejo dos problemas de SM/Longitudinalidade</b>	<p>- O que a equipe entende por adesão ao tratamento? O que a equipe considerada uma pacientes “aderido”? A equipe adere ao paciente?</p> <p>- Há flexibilidade nas abordagens dos casos mais difíceis?</p> <p>- A equipe suporta a descontinuidade da frequência nos grupos e atividades realizadas pela atenção básica?</p> <p>Comentários: Pensar estas questões voltadas para o campo de AD, onde a questão da adesão é importante analisador</p>	<p>Vínculo</p> <p>Clínica Ampliada</p> <p>Projeto Terapêutico Singular</p> <p>- Projeto de Saúde no Território (PST)</p> <p>- Projetos de Saúde Coletiva</p>	<p>8. % de consultas de SM pelo próprio médico de família (médico cadastrado como sendo para aquele território) em relação a outras consultas médicas naquela área</p> <p>9. Percentual de pacientes de SM encaminhados em relação aos atendidos pela ESF</p> <p>10. Ampliação da busca ativa sobretudo de casos mais resistentes</p> <p>11. Participação do usuário e família na decisão dos encaminhamentos</p>	<p>23. Aumento da confiança do usuário no cuidado oferecido pela equipe</p> <p>24. Maior vinculação e satisfação dos usuários</p> <p>25. Maior autonomia dos usuários e das famílias</p>
<b>D) Atenção Psicossocial/Clínica ampliada</b>	A equipe considera os estressores psicossociais para o entendimento		12. Percentual de casos acolhidos dentre os usuários	26. Co-existência de abordagens medicamentosas e

<p><i>como transversais nos cuidados em saúde</i></p>	<p>do caso?</p> <p>Quais são os elementos familiares, sociais, econômicos, culturais que levaram a esta forma de sofrimento?</p> <p>Há mudanças no processo de trabalho das equipes a partir da articulação com a SM?</p> <p>Comentários: A disfunção social deve ser tomada como analisador, como um dos aspectos do processo de adoecimento e não como sua totalidade</p>		<p>que procuraram a unidade</p> <p>13. Ampliação da participação dos usuários e familiares nas atividades</p> <p>14. Existência de projetos co-construídos com educação, cultura, trabalho e outros</p> <p>15. % de projetos terapêuticos com articulação intersetorial</p>	<p>psicossociais</p> <p>27. Reinserção social dos pacientes com TM (inclusão no trabalho, escola, atividades sociais)</p> <p>28. Qualificação da escuta e do vínculo a partir da abordagem psicossocial</p> <p>29. Ampliação nos projetos de vida</p> <p>30. Democratização dos Projetos Terapêuticos e revisão periódica</p> <p>31. Auto-gestão e co-gestão dos usuários ampliadas</p> <p>32. Redução dos casos de violência no território</p>
---	---	--	---	---

## 2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL – PARTE II

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Questões analisadoras a partir das experiências	Arranjos e dispositivos Estratégicos	Indicadores preliminares de ACESSO	Indicadores preliminares de EFETIVIDADE
<b>E) Indissociação mente-corpo:</b> - Atenção à dimensão dos sintomas físicos das pessoas com TM - Atenção aos problemas psicológicos das pessoas com sintomas médicos não explicáveis e nas doenças crônicas	- Os pacientes são “tomados a sério” em seus sintomas físicos? - Há uma abordagem psicológica/subjetiva nos casos de sintomas médicos não explicáveis?	- Abordagem centrada na pessoa - Clínica ampliada - Escuta qualificada, acolhimento, vínculo	1. Avaliação clínica/realização de exames clínicos das pessoas com TM 2. 6 a 8 consultas pela ESF por ano 3. Existência de abordagens psicoterápicas grupais para problemas de SM 4. % de pessoas com problemas de SM inseridos em ativ. cotidianas das UBS	18. Garantia de atenção integral às pessoas com TM sem encaminhamentos desnecessários
<b>F) Intervenções na crise</b>	O que se entende por crise? Há algum sentido positivo neste conceito? Há ações que as equipes da APS podem fazer diante de uma situação de crise? O que está a seu alcance? Vínculo e acolhimento tem potencial na crise?	Escuta qualificada, acolhimento, vínculo Intervenção breve da crise Intensificação das visitas domiciliares Cartão de crise	5. Abordagem inicial realizada pela ESF 6. Existência de uma referência para situações de crise 7. Elaboração de protocolos para situações de urgência com co-responsabilização entre diversos serviços da rede de saúde e SM	19. Redução das internações em hospitais psiquiátricos 20. Rede continente aos usuários de SM 21. N° de pacientes em crise com abordagem na AB/N° de pacientes em crise encaminhados diret. internação
<b>G) Desinstitucionalização</b>	As equipes participam dos processos de desinstitucionalização em curso no município?	- Mapeamento das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas - Identificação de residências terapêuticas na área de	8. Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo	22. Redução das reinternações 23. Aumento da autonomia



	Qual o papel da APS neste processo?	abrangência - Levantamento dos pacientes que tem o Programa de Volta para Casa	9. N° de pacientes desinstitucionalizados inseridos nas atividades cotidianas das UBS	
<b>H) Uso racional de psicofármacos</b>	- A que tem servido a medicação na APS?  - Há discussão sobre medicalização do sofrimento psíquico?	- Abordagem centrada na pessoa - Clínica ampliada  - Escuta qualificada, acolhimento, vínculo  - Gestão Autônoma da Medicação - GAM	10. Aumento de prescrições dos pacientes de SM revisados pelo médico de família, pós matriciamento  11. N° de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo  12. Consulta médica às pessoas com TM pelo menos a cada 2 meses  13. Garantia de acesso aos medicamentos	24. Aumento da periodicidade para revisão de receitas de psicofármacos  25. Garantia do uso das melhores evidências clínicas aliadas às evidências narrativas dos pacientes
<b>I) Garantia dos direitos dos usuários também como transversal</b>	- Quais são os direitos fundamentais das pessoas com TM?  - O que significa direito ao melhor tratamento?  - As equipes tem incorporado o direito à particip. ativa dos usuários e familiares de SM?  - As pessoas devem ser atendidas por direito e não por demanda	Atenção Psicossocial  Articulação com associações de usuários e familiares  Participação do controle social para definição do plano de ação das ações de SM na APS	14. Paciente tem garantido o direito de recusar o tratamento e a medicação  15. Democratização dos Projetos terapêuticos  16. Internação é tomada pela equipe como último recurso terapêutico e qdo necessária é realizada em HG  17. Respeito à confidencialidade	26. Pacientes informados sobre sua condição, tratamento, medicação e projeto terapêutico  27. Participação ativa dos usuários na definição do melhor tratamento  28. Direção clínica/psicossocial garantindo os direitos fundamentais do usuário seus familiares

### 3. GESTÃO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Questões analisadoras	Arranjos e dispositivos Estratégicos	Indicadores preliminares para a GESTÃO
<p>Reorientação do modelo assistencial pela Política de APS e Política de SM</p> <p>Priorização da APS como principal porta de entrada do SUS</p> <p>Organização de redes integradas e regionalizadas, com definição de parâmetros assistenciais para garantir o acesso aos cuidados em saúde e em SM</p> <p>Definição de financiamento para ações de SM na APS, segundo prioridades da política de saúde e</p> <p>Redirecionamento dos recursos da área hospitalar psiquiátrica para ações e serviços de base comunitária e territorial</p> <p>NASF como principal estratégia de apoio matricial em SM para AB</p> <p>Garantia de medicamentos de SM na APS</p>	<p>- A Saúde Mental é prioridade na Política de Atenção Primária? (questão estruturante na análise realizada)</p> <p>- Esta prioridade está publicizada em documentos e portarias?</p> <p>- Estas diretrizes tem tido efeito indutor na ampliação do acesso em SM no nível local?</p> <p>- A ampliação da cobertura da ESF pode garantir ampliação do acesso em SM?</p> <p>- Há parâmetros assistenciais mínimos estabelecidos para a integração SM-APS?</p> <p>- É necessário maior aporte de recursos para esta área específica? O sistema de informação da AB reflete a dimensão das ações de SM na APS?</p> <p>- Há planejamento e ações concretas para promover a integração da rede de SM e APS?</p>	<p>- Gestão descentralizada e participativa</p> <p>- Colegiados e Conselhos de Gestão</p> <p>- Contratos de gestão</p> <p>- GT específico para integração SM/APS nos três níveis de gestão</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Políticas de SM na APS publicadas, com objetivos claros e metas estabelecidas</li> <li>2. Definição de percentual do orçamento para as ações previstas na política de SM para APS</li> <li>3. SIAB com novos registros e indicadores de SM</li> <li>4. Política de monitoramento e avaliação das ações de SM na APS implementada (com aperfeiçoamento dos parâmetros assistenciais)</li> <li>5. Pactuação de metas de expansão e qualificação das ações de SM na APS nos fóruns previstos no SUS</li> <li>6. Redes colaborativas de cuidado em SM</li> <li>7. Intervenções mediadas por pacientes (<i>patient-mediated interventions</i>) – novas informações clínicas coletadas diretamente dos pacientes e oferecidas aos gestores</li> </ol> <p>Obs: Macro-indicadores das duas políticas:            -% de recursos hosp. X extra-hosp.; Cobertura de ESF;            Cobertura de CAPS (CAPS/100 mil hab.); Número de NASF cadastrados; % de profissionais de SM nos NASF</p>

#### 4. FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Questões analisadoras	Arranjos e dispositivos Estratégicos	Indicadores preliminares para FORMAÇÃO
<p>Formação como estratégia prioritária</p> <p>Educação Permanente articulada à implantação das equipes de apoio matricial</p> <p>Equipes de apoio matricial devem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço</p> <p>Cursos de Especialização e Atualização/Cursos de ensino à distância sobre SM para ESF e NASF</p> <p>Programa de Educação pelo Trabalho/PET-Saúde Mental com prioridade para desenvolvimento de ações nos CAPS e na comunidade, junto à Saúde da Família</p>	<p>Há integração das áreas de SM e APS no apoio e implementação dos programas de formação?</p> <p>Há monitoramento e avaliação dos cursos realizados?</p> <p>Os conteúdos de SM abordados estão de acordo com a lógica da APS?</p> <p>Quais os conteúdos, avaliados pelas equipes de SF, como mais relevantes para suas práticas?</p> <p>Os cursos tem produzido impacto na mudança do modelo assistencial e nos processos de trabalho das equipes?</p> <p>Quais tem sido as estratégias mais efetivas para o desenvolvimento de competências dos profissionais de SM e APS para um trabalho conjunto?</p>	<p>Apoio matricial</p> <p>Cursos/Residências em SM e Saúde da Família</p> <p>Telessaúde</p> <p>Rede de Pesquisa sobre SM na APS</p> <p>Desenvolvimento de ferramentas de ensino adaptadas aos contextos locais</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percentual de profissionais das APS e NASF com formação em SM</li> <li>2. Existência de Banco de dados dos cursos realizados – rede de informações</li> <li>3. Definição de critérios de avaliação dos cursos de forma participativa (parâmetros mínimos)</li> <li>4. Inclusão de módulos de SM nas Residências de Saúde da Família</li> <li>5. Inclusão de módulo de SM nos cursos à distância do UNASUS</li> <li>6. Avaliação do PET-SM – construção de parâmetros de avaliação de forma participativa</li> </ol>

### **6.3. Resultados do Painel de Especialistas**

O painel de especialistas foi realizado na Unicamp e contou com a participação de 5 painelistas, tendo havido 2 perdas. Na composição do painel estavam representados os segmentos de profissionais, gestores e acadêmicos com experiência no campo da saúde mental e atenção primária. Os dados foram colhidos em 06 de dezembro de 2011, em um único encontro.

O grupo foi conduzido por 3 pesquisadores do Grupo Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces da Unicamp e não teve a presença da pesquisadora. Isto permitiu uma validação externa dos indicadores, conduzida por pesquisadores que não participaram da construção da matriz analisada pelos painelistas.

Os dados foram analisados a partir das gravações de áudio das discussões realizadas no consenso. A partir das escutas do áudio foram destacados os temas mais significativos para o grupo. Serão apresentadas as temáticas discutidas e os pontos de conflito entre saúde mental e atenção primária, além do consenso construído pelo grupo, em torno dos indicadores para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária.

O grupo foi iniciado pela apresentação do projeto de pesquisa e pela explicação da metodologia de trabalho.

O trabalho foi realizado da seguinte forma:

1. A matriz foi lida por todos e a discussão foi realizada por categoria. Em seguida da leitura de cada categoria foi feita a discussão sobre os indicadores. As questões analisadoras e arranjos & dispositivos foram lidos pelo grupo mas não foram objeto de construção de consenso.

2. Logo após a discussão, os painelistas tomaram alguns minutos para escolher os indicadores (de acesso e efetividade) mais significativos para a avaliação das ações de saúde mental na atenção primária e anotaram suas escolhas, com comentários que julgassem pertinentes.

3. Em seguida, as escolhas dos indicadores foram consolidadas em uma planilha onde foi colocado o número de votos de cada indicador, bem como as sugestões de correções e mudanças de redação.

Todos os painelistas participaram do debate e da escolha dos indicadores, porém, em função de problemas logísticos, foi possível a participação de um dos cinco painelistas somente no período da tarde. Ou seja, no período da manhã participaram somente quatro painelistas.

Optamos por incluir nos resultados os indicadores que foram *consenso no grupo e os que foram de escolha da maioria* (3 votos de 4 pela manhã e 4 votos de 5 à tarde).

### **Debate e consensos da categoria Dimensionamento da demanda de saúde mental**

No debate da primeira categoria os painelistas se apropriaram da forma como foi construída a matriz e puderam dar suas opiniões mais gerais sobre o tema. Foram analisados 30 indicadores e selecionados até 10, por cada participante. Ao final, 9 indicadores foram consenso ou escolhidos pela maioria do grupo.

Os subtemas abordados nesta categoria são: a) Identificação das demandas de saúde mental no território; b) Priorização dos casos graves; e c) Famílias e comunidade como parceiras no tratamento.

O primeiro debate mais geral foi sobre as formas de construção dos indicadores e suas limitações. Foi apontado que o número de atendimentos (indicador utilizado frequentemente pela gestão) se mostra insuficiente para avaliar a qualidade das ações de saúde em geral e de saúde mental. Por outro lado, o percentual de pessoas com problemas de saúde mental atendidas, aponta aspectos interessantes sobre a inclusão deste grupo nos cuidados na atenção primária. Outro aspecto levantado foi o de que, muitas vezes, os indicadores não contemplam a diversidade das equipes da APS.

Quase todos os painelistas criticaram os indicadores que trabalham com prevalências. Um dos indicadores analisados foi a “Taxa de prevalência de alcoolismo” e o

argumento é de que as equipes não tem como fazer estudos de prevalência, dadas as especificidades destes estudos epidemiológicos. Todos os indicadores de prevalência foram excluídos pelo grupo.

Também no âmbito mais geral, foi ressaltada a importância de se pensar indicadores macro (de uso da gestão federal, por exemplo) e indicadores de uso mais local, servindo diretamente às equipes. O indicador tem sentido a partir do local onde está sendo utilizado. Houve certo consenso em torno da ideia de que a avaliação é indutora de práticas e de que muitos indicadores serão fundamentais para as práticas cotidianas das equipes, não tendo sentido no âmbito nacional.

Como esta categoria trata do dimensionamento da demanda de saúde mental na atenção primária, houve uma discussão inicial sobre a definição de qual seria a principal demanda que chega às equipes. Um dos painelistas destacou que os casos moderados e leves (sobretudo ansiedade e depressão) são a principal demanda de saúde mental que se apresenta às equipes de Saúde da Família e que este seria o maior desafio a ser enfrentado pelas equipes. Houve consenso nesta questão, com a inclusão dos transtornos mentais moderados no rol de indicadores apresentados (já havia indicadores relativos ao acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves e leves na APS).

O grupo ponderou também sobre a necessidade de definir o que são casos graves, moderados e leves para as equipes da APS.

Outro tema abordado se refere à importância da identificação da incidência de primeiro surto psicótico pela atenção primária. Trata-se de um evento raro mas, justamente em função disto, pode ser tomado como evento-sentinela. Foi citado um estudo realizado em São Paulo que mostrou que o tempo entre a identificação do 1º surto até a chegada ao serviço é mais curto (em média) no Brasil do que em outros países. A hipótese é o papel das famílias (menos fechadas, mais agregadas). O problema maior é o seguimento, pois poucos casos estavam em acompanhamento 6 meses após a identificação. Para o grupo, este seria um bom indicador de acesso (a discussão sobre este tema se deu nesta parte mas o indicador foi incluído na seção seguinte, no componente “Intervenção na crise”).

O grupo julgou importante ampliar o indicador referente à epilepsia (% de pessoas acompanhadas com epilepsia) com a inclusão dos transtornos orgânicos (epilepsia, demência e deficiência intelectual).

Na discussão sobre a priorização dos casos graves, foi destacada a dificuldade das equipes na abordagem com as famílias, sobretudo nos casos de violência familiar. As equipes da APS não notificam os casos de violência em função de sua proximidade com a comunidade e com os próprios familiares. O grupo decidiu por retirar a notificação do texto do indicador apresentado sobre este tema (“Notificação e acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos”). O indicador abordará somente o acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos.

Logo, os 2 indicadores priorizados sobre o tema dos casos graves foram: a) Número de visitas às famílias com casos de SM em maior risco e vulnerabilidade/Número de famílias identificadas como vulneráveis e b) Acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos.

No debate sobre famílias como parceiras no tratamento houve concordância sobre a relevância de se incluir o tema entre os indicadores, atentando também para a sobrecarga dos cuidadores e para a necessidade de serem também foco de cuidados de saúde mental. Foi levantada a questão de como aferir que uma visita familiar captou a complexidade das situações envolvidas nos problemas de saúde mental existentes. O grupo deixou esta questão em aberto e não aprovou nenhum indicador proposto sobre este tema. Vale ressaltar que no item anterior, entretanto, foi consenso o indicador relativo ao aumento do número de visitas às famílias em maior risco e vulnerabilidade.

Na dinâmica da discussão e condução do grupo, nesta categoria, os indicadores de efetividade acabaram não sendo votados, tendo sido priorizados somente os indicadores de acesso. Apesar de ter sido uma decisão tomada no grupo, não houve maiores debates sobre esta questão.

A seguir, a síntese dos indicadores de consenso da primeira categoria (ver nos anexos a tabela completa da votação dos indicadores):

Categoria: Dimensionamento da demanda

1. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de **álcool**, por faixa etária e sexo
2. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de **outras drogas**, por faixa etária e sexo
3. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS com **transtornos psiquiátricos graves**, por faixa etária e sexo
4. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS com **transtornos psiquiátricos moderados**, por faixa etária e sexo
5. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS com **transtornos psiquiátricos leves**, por faixa etária e sexo
6. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS **com transtornos orgânicos (epilepsia, demência e deficiência intelectual)** por sexo e faixa etária
7. Percentual de pessoas acompanhadas pela APS **com tentativa de suicídio**, por faixa etária e sexo (por população)
8. Número de visitas às famílias com casos de SM em maior risco e vulnerabilidade/Número de famílias identificadas como vulneráveis
9. Acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos



## **Debate e consensos da categoria Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária ou Clínica da Atenção Primária com Saúde Mental – parte I**

Esta categoria foi dividida em 2 partes em função de ser a maior dentre elas. Na primeira parte foram analisados 32 indicadores e selecionados até 10 por cada participante. Ao final foram consenso 9 indicadores de consenso ou maioria, somente na parte I.

Nesta categoria estão incluídos os temas centrais da atenção primária: a) APS como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado, B) NASF como principal estratégia para ampliar a clínica na APS; c) Continuidade do cuidado/longitudinalidade; d) Atenção psicossocial como transversal ao cuidado na rede básica.

Novamente foi recolocada, pelos painelistas, a questão da dificuldade de como “medir” o impacto das ações de saúde mental, como por exemplo, o aumento da autonomia dos usuários, o manejo dos casos de depressão e ansiedade, etc. Foi apontado também que havia muitos indicadores que apontavam bons atributos para avaliar as ações de saúde mental mas necessitavam nova redação. Os painelistas fizeram então sugestões de nova redação, quando julgavam pertinente.

Um importante debate se deu sobre a definição de consulta de saúde mental e caso de saúde mental. Os profissionais de saúde mental, presentes no grupo, ponderaram que é difícil definir consulta de saúde mental pois as queixas se apresentam geralmente como somáticas, por relatos de sintomas físicos, apesar de estarem relacionadas a sintomas psíquicos. Foi argumentado que caberia à interpretação do médico e do enfermeiro se seria um caso de saúde mental mas, muitas vezes, a equipe prioriza a queixa somática e foca o tratamento nesta questão. Houve então críticas dos profissionais de saúde mental ao indicador que inclui nº de consultas de saúde mental.

Já os profissionais e gestores da atenção primária defendem que é possível definir uma consulta de saúde mental, pela demanda apresentada e pela abordagem realizada. Segundo eles, pode-se trabalhar com lista de problemas, com várias classificações diagnósticas. Um dos painelistas coloca a seguinte pergunta: por que é possível definir e registrar todos os agravos e não seria possível definir os casos de saúde mental?

Houve também a ponderação de que é possível deixar o diagnóstico em aberto e que isto pode ser um analisador potente para a equipe, ao longo do tempo. Por fim, houve a concordância da maioria dos integrantes sobre a relevância do indicador que inclui número de consultas de saúde mental.

A discussão sobre a dificuldade em definir casos e consultas de saúde mental aparece no contexto da discussão sobre um dos indicadores apresentados na matriz, para avaliar se a APS funciona como principal porta de entrada da rede de saúde. O indicador se refere ao número de consultas de SM realizadas pela APS, sem agendamento prévio, em relação ao total de consultas sem agendamento prévio. Foi destacado como um avanço importante a existência de um indicador relacionado a este tema.

Os argumentos utilizados se referem à importância das equipes da APS estarem abertas e disponíveis à demanda espontânea de saúde mental, evento característico desta clínica. A abertura ao imprevisível, não agendado, seria uma forma de garantir a atenção em saúde mental, pois as equipes se protegem na agenda programada.

O grupo também abordou brevemente os sintomas médicos não explicáveis. Argumentou-se que um dos melhores marcadores de efetividade da atenção primária é a detecção destes sintomas. Se a equipe percebe que é um sintoma não associado a qualquer doença específica, de ordem psíquica, tenderia a investigar se há quadros de ansiedade e depressão no paciente. Apesar disto, não houve proposição de nenhum indicador específico sobre este tema, mas pode-se tomá-lo como analisador para as equipes.

Na discussão sobre coordenação do cuidado e compartilhamento de casos aparece o conflito dos limites de atuação dos dois campos – saúde mental e APS – pois há dificuldades dos dois lados. Um dos painelistas pondera que há profissionais da APS que julgam que não é preciso compartilhamento de casos, e há profissionais da saúde mental que não buscam a APS para co-responsabilização dos casos. Logo, seria necessário definir melhor os campos de atuação e a “concordância” entre os profissionais sobre o melhor lugar de tratamento.

Um dos painelistas propõe um indicador específico sobre este tema, que foi incluído na categoria Gestão da Saúde e da Saúde Mental (Percentual de concordância acerca do

local mais adequado para cuidado de condições definidas, entre profissionais da AB, CAPS e ambulatórios de SM, quando existem).

O grupo também considera que é preciso aperfeiçoar as formas de avaliar a continuidade do cuidado em saúde mental na APS. A busca ativa é estratégia importante para garanti-la, sobretudo nos casos graves, nas tentativas de suicídio e nos primeiros surtos. As tentativas de suicídio, particularmente, mobilizam as equipes e podem servir como “pretexto” para avaliar a articulação da rede e a continuidade do cuidado.

Este tema foi prioridade para o grupo e levou à inclusão de um indicador que aponta o quanto os casos atendidos por demanda espontânea passam a ter cuidados continuados (Percentual dos casos de SM - atendidos por demanda espontânea - que passam para o cuidado continuado).

Todos os painelistas concordam sobre a relevância e pertinência de indicadores sobre o tema da co-responsabilização dos casos de saúde mental. Foi defendido que a melhor aferição do cuidado compartilhado seria voltada ao matriciamento. Os painelistas aprovaram diversos indicadores sobre apoio matricial e sugeriram a inclusão de novos, como pode ser visto mais abaixo.

Além de avaliar se há cuidado compartilhado entre as equipes (ou profissionais) seria também importante avaliar o número de atendimentos compartilhados por ESF, pois eles podem estar restritos somente a alguns casos acompanhados pela equipe de SM ou da APS.

Foi indicada também a dificuldade das equipes com relação ao matriciamento restrito à discussão de casos, pois a demanda da APS é de atendimentos conjuntos, visitas conjuntas e a partir disto, a realização da discussão do caso, de forma contextualizada.

O indicador sobre redução das internações não foi discutido na primeira categoria mas foi retomado nesta seção. Alguns painelistas defendem que é um indicador de destaque e que deve ser analisado pelas equipes. Outros defendem que é um indicador que tem pouco impacto, se analisado somente pela equipe da APS, mas que deve ser avaliado no conjunto do distrito ou do município, de forma comparativa.

Alguns participantes ponderam que o percentual de internações psiquiátricas seria melhor para avaliar o impacto das ações das equipes da APS, ao invés da redução das internações (que seria uma meta), tal como já proposto em alguns documentos de consenso do Ministério da Saúde. Em redes efetivas, com atenção primária forte, pode haver um impacto importante neste indicador.

Segue abaixo os indicadores que foram consenso no grupo (ver nos anexos a tabela completa da votação dos indicadores):

Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária ou Clínica da Atenção Primária com Saúde Mental – Parte I

1. N° consultas de SM realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos e enfermeiros da equipe/N° total de consultas realizadas sem agendamento prévio por médicos e enfermeiros da equipe X 100
2. Percentual dos encaminhamentos de SM com co-responsabilização para nível secundário e terciário
3. Ampliação da busca ativa sobretudo de casos mais resistentes
4. N° de atendimentos de SM realizados somente pelos profissionais dos NASF/N° de atendimentos de SM realizados conjuntamente SM e APS

**Inclusão de novos indicadores:**

5. N° de atendimentos compartilhados NASF-AB/n° de atend. Totais
6. N° de atendimentos compartilhados NASF-AB/N° de atendimentos da Equipe de Saúde da Família

7. Nº de casos de 1º surto psicótico em acompanhamento após 6 meses do diagnóstico/Nº total de casos 1º surto psicótico
8. Nº contatos realizados pela equipe com pacientes que tentaram suicídio/mês
9. Percentual dos casos de SM (atendidos por demanda espontânea) que passam para o cuidado continuado.

### **Debate e consensos da categoria Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária ou Clínica da Atenção Primária com Saúde Mental – Parte II**

Nesta etapa do grupo foi possível a participação de mais um painalista que não havia participado no turno da manhã. Logo, nesta fase, são 5 painelistas participantes.

Nesta parte II da categoria foram analisados 28 indicadores e selecionados até 10 por cada participante. Ao final foram 10 indicadores de consenso ou maioria.

A parte II desta categoria trata de temas mais voltados ao campo da atenção psicossocial (ao contrário da primeira parte que tratava dos princípios mais afeitos à APS). São eles: a) indissociação mente-corpo (atenção aos sintomas físicos das pessoas com TM e atenção aos problemas psicológicos das pessoas com doenças crônicas e sintomas médicos não explicáveis); b) intervenção na crise; c) desinstitucionalização; d) uso racional de psicofármacos e e) garantia dos direitos dos usuários de SM.

Já nesta etapa o grupo fez uma reflexão sobre a importância de indicadores quanti e qualitativos para possibilitar a abordagem de múltiplos aspectos da clínica de saúde mental na APS. Houve uma crítica sobre os indicadores que trabalham com percentuais pois não conseguem medir a qualidade dos cuidados.

Com relação ao indicador “Avaliação clínica/realização de exames clínicos das pessoas com transtornos mentais” houve concordância no grupo sobre a relevância do tema e sobre a avaliação de que as equipes negligenciam os aspectos clínicos dos pacientes com

transtornos mentais. Os usuários de álcool e drogas também foram considerados prioridade para a avaliação clínica, por apresentarem muitos problemas desta ordem quando são atendidos pela APS. O grupo apontou a necessidade de focar esta avaliação nos casos graves de saúde mental e casos de álcool e drogas, que são os mais negligenciados e vulneráveis clinicamente.

Foram apresentados na matriz alguns indicadores relativos à diversificação de atividades que a APS pode realizar para ajudar na construção da “indissociação mente-corpo”. Uma delas é justamente a necessidade de avaliação clínica dos pacientes com TM e outras se referem à realização de grupos psicoterápicos grupais para problemas de SM.

Também foi defendido, por alguns painelistas, que se coloque sempre nos indicadores a referência à atenção básica como um todo e não somente às equipes de Saúde da Família (aí incluídos os profissionais das UBS, dos Consultórios de Rua, entre outros) para contemplar a heterogeneidade da composição da APS no país.

Um dos painelistas argumenta que muitos indicadores desta seção não estão restritos ao trabalho de uma equipe da APS e deve abranger o território. Sugere que sejam indicadores que possam ser adotados pelo distrito de saúde.

Avaliou-se também que seria necessária, posteriormente, uma definição do nível de aplicação do indicador (por equipe, por distrito, por município, por estado, federal) e também seria necessário definir a frequência de uso dos indicadores.

Sobre o item “Intervenções na crise” um dos painelistas questiona se a abordagem inicial realizada pela APS e a redução das internações em hospitais psiquiátricos seriam bons indicadores para a atenção primária ou se esta não seria função dos CAPS. Alguns ponderam que a APS deve ter um papel importante na intervenção na crise e que o tipo e alcance da intervenção dependerá muito de cada caso.

O grupo concorda que um dos melhores indicadores para a família e o paciente é saber a quem se referenciar e telefonar nos momentos de crise. A possibilidade de contato viável com um profissional de referência é o grande diferencial na crise. Foi apontado também que, na literatura internacional sobre indicadores, o funcionamento do serviço em horário expandido tem sido um aspecto fundamental a ser avaliado.

Na matriz foi apresentado um conjunto de indicadores sobre o tema do uso racional de psicofármacos, que foi avaliado como relevante pelo grupo. Houve a ponderação inicial de que a simples redução do uso de psicofármacos poderia dar resultados contraditórios para a equipe, pois muitas vezes o matriciamento faz aumentar o uso de psicofármacos, pelo acesso aos cuidados em saúde mental. Porém, é um indicador sensível pois o aumento muito grande de uso de medicamentos psiquiátricos deve ser um analisador para a equipe.

O número de prescrições de psicofármacos por habitante é um indicador potente e mais fácil de se obter, segundo alguns especialistas. Além disto, seria importante que as equipes pudessem ter parâmetros de comparação com outras equipes do distrito e do município. Foram relatadas algumas experiências bem sucedidas neste sentido (disponibilização de dados de todas as ESF para a rede de atenção primária).

A garantia de acesso aos medicamentos foi outro ponto destacado. Não é possível, segundo o grupo, discutir qualquer forma de redução de uso de medicamentos antes mesmo de ter garantido o acesso a eles. É fundamental também que o acesso à medicação seja acompanhado do acesso a outros tipos de intervenção para evitar a medicalização. Um bom indicador seria a existência de mais de uma oferta terapêutica para usuários de psicofármacos.

Ainda no tema dos psicofármacos houve críticas sobre o indicador “consulta médica às pessoas com TM pelo menos a cada 2 meses”. O grupo avalia que é mais importante garantir uma avaliação clínica que possa gerar mudanças no uso do medicamento do que a simples garantia da consulta, que pode servir somente à renovação da receita. Logo, o grupo não priorizou este indicador.

Foi apontado por alguns especialistas que o cuidado continuado na APS permite perceber momentos melhores para novas intervenções com os pacientes em uso prolongado de psicofármacos.

Outros pontos relevantes com relação ao uso de psicofármacos:

- pesquisas têm mostrado que o uso de antidepressivo tem sido mais abusivo que o uso de benzodiazepínicos;

- há experiências, com resultados positivos, de grupos de discussão de medicação psiquiátrica na atenção primária;
- o uso de medicamentos deve estar associado a outras práticas de saúde para ser eficaz;
- deve-se também trabalhar as redes sociais de apoio para um tratamento mais completo;
- um dos indicadores sugeridos, nesta perspectiva, foi o percentual de pessoas em uso de benzodiazepínicos com outras ofertas terapêuticas;
- foi destacada também a necessidade de aumento da periodicidade da revisão dos psicofármacos como um bom indicador (que já constava na matriz).

Os indicadores de consenso nesta parte são:

#### Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária ou Clínica da Atenção Primária com Saúde Mental – Parte II

1. Avaliação clínica/realização de exames clínicos pela APS das pessoas com TM graves e decorrentes do uso de álcool e drogas
2. Existência de abordagens psicoterápicas grupais para problemas de SM (com detalhamento do nº de sessões, nº de pessoas atendidas, tipos de intervenções realizadas)
3. Existência de referência para situações de crise (Possibilidade de acionar por telefone o profissional ou Equipe de referência em situação de crise).
4. Percentual de pessoas com TM egressas de internações psiquiátricas acompanhadas pela APS
5. Nº de pessoas que utilizam benzodiazepínicos e antidepressivos atendidas na APS, por faixa etária e sexo (pode ser desmembrado para benzodiazepínicos e antidepressivos)
6. Co-existência de abordagens medicamentosas e psicossociais (remanejada da parte I)
7. Pacientes informados sobre sua condição, tratamento, medicação e projeto terapêutico, com participação ativa dos pacientes

Sugestões de novos indicadores:



8. N° de pessoas que utilizam psicofármacos atendidas pela APS
9. N° de pessoas que utilizam psicofármacos/total de habitantes
10. Percentual de utilização de mais de uma oferta de cuidado por usuários de benzodiazepínicos

### **Debate e consensos da categoria Gestão em Saúde e em Saúde Mental**

Esta categoria apresenta um número bem menor de indicadores que as anteriores (7 ao todo) e o debate já se deu de forma mais sucinta. Os painelistas puderam escolher 3 indicadores cada um, no conjunto dos 7, e ao final chegaram ao consenso de 3 indicadores.

Os aspectos mais relevantes para o grupo foi a definição de políticas de Saúde Mental para Atenção Primária com objetivos claros e metas estabelecidas, a definição de indicadores para avaliar as ações de saúde mental e o monitoramento desta expansão.

Foi apontada a necessidade de trabalhar diferentes espaços de co-gestão da APS com a Saúde Mental, como fóruns e colegiados, para o planejamento e a organização da rede de atenção em saúde e saúde mental.

As redes colaborativas de cuidado em saúde mental também foram consideradas fundamentais para o desenvolvimento de políticas mais complexas e inclusivas, com forte articulação intersetorial (mas não se obteve consenso neste indicador).

Foi retomada a discussão, por um dos painelistas, sobre a inclusão de um indicador sobre o nível de concordância entre os profissionais da APS e Saúde Mental sobre a pertinência do lugar de tratamento dos usuários de saúde mental, sobretudo em redes onde há vários dispositivos de cuidado. Reconheceu-se a complexidade da construção de um indicador que abordasse este atributo da avaliação mas destacou-se que seria importante formulá-lo, para disparar conversas entre os profissionais da rede de saúde.

É preciso também, no contexto da expansão das ações de saúde mental na APS, que a gestão garanta espaços de encontros entre os profissionais, rede de retaguarda para os casos de saúde mental e a organização do funcionamento da rede como um todo.

Foi consenso no grupo as críticas às limitações do SIAB e a necessidade urgente de revisá-lo. De forma complementar, julgou-se essencial a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas nacionais de informação do SUS.

Um dos painelistas relata que o novo Programa de Avaliação da Atenção Primária reduz o peso dos indicadores e aumento o da avaliação externa. Esta decisão foi tomada também diante das atuais limitações do SIAB, que apresentam muitos problemas. No mesmo processo, o Ministério da Saúde também trabalhará com a mudança do sistema de informação.

Outro debate relevante foi sobre o sentido da avaliação e do monitoramento em saúde. É fundamental que os dados produzidos possam voltar para as equipes, para a análise de seu trabalho. As avaliações que trazem mais impacto às equipes são aquelas construídas coletivamente. Segundo um dos especialistas, as avaliações externas, tais como aconteceram anteriormente na Atenção Básica, com o Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e PROESF, no formato de linha de base, são avaliações muito longas e que não trouxeram muitas contribuições e impacto para a análise do processo de gestão.

Os indicadores que foram consenso no painel são:

#### Gestão da Saúde e Saúde Mental

1. Políticas de Saúde Mental para Atenção Primária publicadas, com objetivos claros e metas estabelecidas
2. Política de monitoramento e avaliação das ações de Saúde Mental para Atenção Primária implementada (com novos registros e indicadores de saúde mental no SIAB e metas de expansão e qualificação das ações de SM na APS nos fóruns previstos no SUS)

Novo indicador incluído:

3. Percentual de concordância acerca do local mais adequado para cuidado de condições definidas, entre profissionais da AB, CAPS (e ambulatórios de SM, quando existem)

## **Debate e consensos da categoria Formação em Saúde Mental na Atenção Primária**

Nesta categoria havia somente 6 indicadores a serem analisados, dentre os quais foi escolhido apenas 1 pelo grupo. Porém o grupo fez a inclusão de mais 3 novos, somando 4 no total. Foram feitas diversas sugestões que não se caracterizam como formulação de novos indicadores mas como aspectos gerais a serem avaliados.

A maioria dos painelistas concorda que o indicador “percentual de profissionais da APS e do NASF com formação em saúde mental” é bastante limitado e não é potente para a avaliação da formação.

Foi apontada a ausência de um indicador que pudesse aferir a capacidade de formação do apoio matricial. Há dificuldade em avaliar o potencial de formação do apoio matricial, quer seja pelos Núcleos de Apoio à Saúde da família, quer seja pelos Centros de Atenção Psicossocial.

Outro aspecto levantado foi a capacidade de avaliar como as equipes trabalham com saúde mental sem o matriciamento e sobretudo após a sua implantação, de forma mais autônoma. O argumento apontado é de que o processo do apoio matricial deve qualificar cada vez mais as equipes da atenção primária a trabalharem com os problemas de saúde mental, de modo que necessitem menos de apoio continuado.

Ponderou-se também que é necessário haver um esforço no campo da saúde mental para incluir o tema da atenção primária em sua formação. Foram citados exemplos de residências em psiquiatria em que os residentes acompanham psiquiatras que trabalham com matriciamento. Foi avaliado também que as residências de psiquiatria ainda se mostram muito fechadas a estes novos conteúdos e práticas.

O grupo também avaliou que a Psicologia deve fazer um esforço de aproximação com a atenção primária, com a inclusão de conteúdos nas residências multiprofissionais e nos cursos de especialização. Ponderou-se também a importância de mudar os currículos dos cursos de graduação, que ainda tem sua formação muito voltada para a clínica particular, com poucas disciplinas de saúde pública e saúde mental.

Outro aspecto a ser avaliado seria o levantamento de onde são realizados os estágios clínicos da Medicina e da Psicologia, se há prioridade para serem realizados nos CAPS e na APS ou nas instituições hospitalares. Seria necessário também incluir a análise da carga horária destinada aos estágios em equipamentos extra-hospitalares.

A existência de segunda opinião em saúde mental para atenção básica também foi sugerida como indicador relevante para o campo da formação.

Alguns especialistas defenderam que é importante também qualificar mais os enfermeiros dentro das equipes para que tenham maior atuação em saúde mental pois, atualmente, segundo o grupo, estão subutilizados. Foi sugerida a inclusão de um indicador específico sobre as atividades de saúde mental realizadas pelos enfermeiros na APS, de forma a induzir práticas de saúde mental por estes profissionais, porém o grupo não deixou indicado nenhuma sugestão de redação.

Os indicadores finais do consenso nesta categoria são:

1. Inclusão de módulos de saúde mental nas Residências de Saúde da Família e de módulos de atenção primária nas Residências de Saúde Mental/Psiquiatria, além de cursos de especialização, cursos à distância e UNASUS.

Novos indicadores:

2. Formação curricular em psicologia e psiquiatria voltada para a APS e SM no SUS
3. Presença de segunda opinião em saúde mental para APS
4. Carga horária e local de estágio de cursos de SM na graduação

## 6.4 QUADRO RESUMO DOS INDICADORES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA APROVADOS NO PAINEL DE ESPECIALISTAS

### 1. DIMENSIONAMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL

Princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para a Atenção Primária	Indicadores de ACESSO	VOTOS (4 participantes)
A) Identificação das demandas de saúde mental no território; Magnitude epidem.; Ampliação do acesso aos cuidados em SM; Universalidade, integralidade e equidade	1. % pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de <b>álcool</b> , por faixa etária e sexo	CONSENSO
	2. % pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de <b>outras drogas</b> , por faixa etária e sexo	CONSENSO
	3. % de pessoas acompanhadas pela APS com <b>transtornos psiquiátricos graves</b> , por faixa etária e sexo	CONSENSO
	4. % de pessoas acompanhadas pela APS com <b>transtornos psiquiátricos leves</b> , por faixa etária e sexo	CONSENSO
	5. % de pessoas com <b>transtornos psiquiátricos moderados, acompanhadas pela APS</b> por faixa etária e sexo	CONSENSO
	6. % de pessoas acompanhadas com <b>transtornos orgânicos</b> (epilepsia, demência e deficiência intelectual) por sexo e faixa etária	3 VOTOS
B) Priorização dos casos graves: TM graves, moradores de rua com abuso de álcool e/ou outras drogas, cárcere privado, TM decorrentes do abuso de álcool e/ou drogas, tentativas de suicídio, idosos em abandono, situações de violência diversas, isolamento social, crises convulsivas	7. % de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela APS, por faixa etária e sexo (por população)	3 VOTOS
	8. Número de visitas às famílias em maior risco e vulnerabilidade/Número de famílias identificadas como vulneráveis	CONSENSO
	9. Acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos	3 VOTOS
C) Famílias e comunidade como parceiras no tratamento	Nenhum indicador escolhido	

**2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL – PARTE I**

<b>Princípios e diretrizes da Política de SM e AB</b>	<b>Indicadores de ACESSO e EFETIVIDADE</b>	<b>VOTOS (4 participantes)</b>
<b>A) APS deve ser a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado</b>	1. N° consultas de SM realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos e enfermeiros da equipe/N° total de consultas realizadas sem agendamento prévio (médicos e enfermeiros) pela equipe X 100	<b>3 VOTOS</b>
	2. % dos encaminhamentos de SM com coresponsabilização para nível secundário e terciário	<b>CONSENSO</b>
<b>B) NASF como estratégia para ampliar o escopo das ações das ESF</b>	3. N° de atendimentos de SM realizados somente pelos profissionais dos NASF/N° de atendimentos de SM realizados conjuntamente SM e APS	<b>3 VOTOS</b>
	Inclusões: 4. N° de atendimentos compartilhados NASF-AB/n° de atend. Totais 5. N° de atendimentos compartilhados NASF-AB/Equipe de Saúde da família 6. N° de casos 1° surto psicótico em acompanhamento após 6 meses do diagnóstico/N° total casos 1° surto psicótico 7. N° contatos realizados pela equipe com pacientes que tentaram suicídio/mês 8. % dos casos de SM (atendidos por demanda espontânea) que passam para cuidado continuado	<b>CONSENSO</b>
<b>C) Continuidade do cuidado como fundamental para o manejo dos problemas de SM/Longitudinal.</b>	9. Ampliação da busca ativa sobretudo de casos mais resistentes	<b>3 VOTOS</b>
<b>D) Atenção Psicossocial/Clínica ampliada</b>	10. Co-existência de abordagens medicamentosas e psicossociais (reanejado para parte II – uso de psicofármacos)	<b>3 VOTOS</b>

**2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL – PARTE II**

<b>Princípios e diretrizes da Política de SM e AB</b>	<b>Indicadores de ACESSO E EFETIVIDADE</b>	<b>VOTOS (5 participantes)</b>
<b>E) Indissociação mente-corpo:</b> - Atenção à dimensão dos sintomas físicos das pessoas com TM - Atenção aos problemas psicológicos das pessoas com sintomas médicos não explicáveis e nas doenças crônicas	1. Avaliação clínica/realização de exames clínicos pela APS das pessoas com TM graves e decorrentes do uso de álcool e drogas	<b>CONSENSO</b>
	2. Existência de abordagens psicoterápicas grupais para problemas de SM  Com detalhamento de: - número de sessões - número de pessoas - tipos de intervenções disponíveis	<b>CONSENSO</b>
<b>F) Intervenções na crise</b>	3. Existência de uma referência para situações de crise (Possibilidade de acionar por telefone o profissional ou Equipe de referência em situação de crise)	<b>CONSENSO</b>
<b>G) Desinstitucionalização</b>	4. % de pessoas com TM egressas de internações psiquiátricas acompanhadas pela APS	<b>CONSENSO</b>
<b>H) Uso racional de psicofármacos</b>	5. Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas na APS, por faixa etária e sexo  Inclusões:  6. N° de pessoas que utilizam psicofármacos atendidas pela APS  7. N° de pessoas que utilizam psicofármacos/total de habitantes  8. % de utilização de mais de uma oferta de cuidado por usuários de benzodiazepínicos  9. Co-existência de abordagens medicamentosas e psicossociais (remanejado)	<b>CONSENSO</b>
<b>I) Garantia dos direitos dos usuários <i>também como transversal</i></b>	10. Pacientes informados sobre sua condição, tratamento, medicação e projeto terapêutico	<b>4 VOTOS</b>

### 3. GESTÃO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Indicadores para a GESTÃO	VOTOS (5 participantes)
Reorientação do modelo assistencial pela Política de Atenção Primária e Política de Saúde Mental	1. Políticas de SM na APS publicadas, com objetivos claros e metas estabelecidas	<b>4 VOTOS</b>
Priorização da APS como principal porta de entrada do SUS  Organização de redes integradas e regionalizadas, com definição de parâmetros assistenciais de modo a garantir o acesso aos cuidados em saúde e em SM	2. Política de monitoramento e avaliação das ações de SM na APS implementada (com novos registros e indicadores de SM no SIAB e metas de expansão e qualificação das ações de SM na APS nos fóruns previstos no SUS)	<b>CONSENSO</b>
Definição de financiamento para ações de SM na APS, segundo prioridades da política de saúde  Redirecionamento dos recursos da área hospitalar psiquiátrica para ações e serviços de base comunitária e territorial  NASF como principal estratégia de apoio matricial em SM para AB  Garantia de medicamentos de SM na APS  Desenvolvimento de sistemas de informação para APS	Inclusão:  3. % de concordância acerca do local mais adequado para cuidado de condições definidas, entre profissionais da AB, CAPS (e ambulatórios de SM, quando existem)	<b>CONSENSO</b>



#### 4. FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Indicadores para FORMAÇÃO	VOTOS (5 participantes)
<p>Formação como estratégia prioritária</p> <p>Educação Permanente articulada à implantação das equipes de apoio matricial</p>	<p>1. Inclusão de módulos de SM nas Residências de Saúde da Família e de módulos de APS nas Residências de Saúde Mental/Psiquiatria, além de cursos de especialização, cursos à distância, UNASUS</p>	<p><b>4 VOTOS</b></p>
<p>Equipes de apoio matricial devem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço</p> <p>Cursos de Especialização e Atualização/Cursos de ensino à distância sobre SM para ESF e NASF</p> <p>Programa de Educação pelo Trabalho/PET-Saúde Mental com prioridade para desenvolvimento de ações nos CAPS e na comunidade, junto à Saúde da Família</p>	<p>Inclusões:</p> <p>Formação curricular em psicologia e psiquiatria na APS e em SM no SUS</p> <p>Presença de segunda opinião em SM na AB</p> <p>Carga horária e local de estágio de cursos de SM na graduação</p>	<p><b>CONSENSO</b></p>



## DISCUSSÃO

De forma geral, pode-se afirmar que o painel de especialistas sobre avaliação das ações de saúde mental na APS produziu consensos em torno das seguintes questões:

1. As categorias de análise formuladas pela pesquisa foram pertinentes e bem formuladas e não houve questionamentos sobre os 6 eixos de análise construídos a partir da análise documental e pela revisão da literatura.

2. O painel conseguiu produzir um diálogo bastante profícuo entre os participantes, tema este que foi destacado durante toda a pesquisa, como um desafio colocado na articulação saúde mental-atenção primária. Entretanto, há pontos de divergência entre as áreas, que se apresentam, sobretudo, no tensionamento especialistas vs. generalistas, mas que pôde produzir debates que buscavam a construção conjunta. Dada a representatividade do grupo e sua dinâmica, pode-se considerar que houve um diálogo importante entre profissionais da atenção primária e da saúde mental, entre profissionais das duas áreas e a gestão (municipal e federal), e também um diálogo entre Coordenação Nacional de Saúde Mental e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ambos representados no painel.

3. Entretanto o diálogo atenção primária-saúde mental segue como pauta atual. Há temas que se reapresentam no debate dos painelistas, que configuram o pano de fundo dos desafios colocados à aproximação dos dois campos. Um deles, bastante estruturante, se refere à pertinência ou não de se priorizar indicadores de saúde mental na APS.

Um dos especialistas defende que se os princípios fundamentais da APS são cumpridos: integralidade, acesso universal, continuidade do cuidado com a fixação das equipes, não seria preciso indicadores específicos de saúde mental. Mas alguns especialistas argumentaram que estes princípios, muitas vezes, não são cumpridos, sobretudo com os pacientes de saúde mental, em função do estigma, da dificuldade das equipes em atender esta população, etc. Além disto, a qualificação da atenção primária é processual e ainda há enormes lacunas assistenciais na rede SUS.

4. Houve no grupo uma tendência inicial à busca por indicadores mais quantitativos, com críticas aos indicadores qualitativos. Como aferir, como medir, como quantificar, foram questões recorrentes ao longo do painel. Entretanto, alguns especialistas buscaram outras formas de avaliação, durante a discussão, o que permitiu a inclusão de indicadores qualitativos e do reconhecimento da importância dos aspectos mais subjetivos das equipes e dos pacientes, sobretudo no contexto da saúde mental na APS. O conjunto final de indicadores mostra esta visão, que foi construída no decorrer do painel.

5. Os painelistas reconhecem que a pesquisa trouxe importantes aportes ao tema da avaliação em saúde mental na APS mas que é necessário que se aprofunde o estudo, com o detalhamento da construção dos indicadores, com a indicação das fontes, da periodicidade de seu uso, do nível de gestão em que pode ser utilizado, entre outros. Além destas questões apontadas pelo grupo, consideramos que seria necessário testar os indicadores junto à equipes e à gestões em diferentes níveis. Mas entendemos que esta seria uma nova etapa de estudo, que não será possível ser desenvolvida nesta pesquisa de mestrado, mas que aponta novas questões para pesquisas futuras.

6. No conjunto final dos indicadores, os resultados se mostram bastante abrangentes, com a abordagem das questões mais importantes destacadas pela análise documental e pela revisão da literatura. Algumas lacunas ainda permanecem e serão apontadas na discussão de cada categoria.

#### **a) Discussão da categoria Dimensionamento da demanda de saúde mental**

Nesta categoria os especialistas priorizaram um conjunto de indicadores que avaliam o acompanhamento, pela APS, dos diferentes segmentos da saúde mental: usuários de álcool, drogas, transtornos mentais graves, moderados e leves, transtornos mentais orgânicos, bem como os pacientes com tentativas de suicídio. Percebe-se, então, que foi incluída uma ampla gama de transtornos, que apontam para as equipes da APS o que caracteriza a diversidade desta clínica e que é importante de ser acompanhado pelas equipes.

É relevante retomar algumas limitações do termo “acompanhamento” das pessoas com TM pela APS. Este padrão de avaliação já constava do AMQ, programa de avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (60). Pesquisa realizada sobre os dados coletados pelo programa mostram que 63% das ESF, que responderam à autoavaliação, referem fazer o acompanhamento das pessoas com TM.

Entretanto, outros dados, da mesma pesquisa, mostram que poucas ESF conseguem integrar as pessoas com TM nas atividades coletivas e de reabilitação, o que pode demonstrar uma imprecisão no entendimento do que seja *acompanhamento*, podendo se referir não às ações realizadas pela própria equipe, mas ao conhecimento que elas têm de outros tratamentos realizados por outros níveis de atenção.

Independente da interpretação possível destes dados, seria importante articular ao indicador “acompanhamento das pessoas com TM”, alguns outros indicadores que complementem esta avaliação (atividades cotidianas, intervenções específicas para esta população, grupos, etc.)

Outro aspecto relevante seria ofertar às equipes dados epidemiológicos atuais, para que possam comparar com seus achados no território. Este processo deve se dar junto com a oferta de qualificação das equipes para conhecer melhor o que seriam estas categorias psiquiátricas: a diferenciação entre casos graves, leves e moderados ou o reconhecimento de um transtorno mental orgânico, por exemplo.

Um dos painelistas argumenta que as equipes são “bombardeadas” por uma infinidade de casos e que é difícil definí-los, separá-los e, além disto, quantificá-los. Esta é uma questão fundamental, colocada no plano da avaliação e da formação das equipes da APS. O matriciamento deve ser tomado como a principal estratégia de formação das equipes, para alcançar o objetivo de saber identificar e acompanhar esta enorme demanda de saúde mental.

## Casos graves vs. casos leves

Houve alguns questionamentos no grupo relacionados a certa “ausência”, no processo da Reforma Psiquiátrica, de preocupação ou priorização do atendimento dos casos leves e moderados, que são a principal demanda da atenção primária.

Reaparece também no debate a questão da separação casos graves vs. leves, já abordada na revisão da literatura, quando um dos painelistas da atenção primária coloca que os casos graves devem ser atendidos nos CAPS somente. A mesma posição apareceu na discussão sobre o papel da APS nas situações de crise, na forma de questionamentos sobre a relevância deste atributo na avaliação do trabalho das equipes.

Entendemos que esta visão, bastante comum entre as equipes e reiterada na fala de alguns especialistas, se contradiz com a idéia de que a APS seja a principal porta de entrada da rede, de forma resolutiva.

A pergunta que se coloca é: a discussão dos níveis de gravidade ajuda as equipes?

Já apontamos na revisão da literatura, que a discussão dos níveis de gravidade e níveis de atenção pouco tem ajudado no debate da co-responsabilização pelo cuidado. Estas distinções ainda parecem ser confusas para as equipes, que não sabem o que é um caso grave ou um caso moderado ou muitas vezes, esta distinção tem servido à ânsia de definir quais são “nossos pacientes” e quais não devem ser, o que acaba por gerar uma infinidade de encaminhamentos que deixam o paciente desassistido.

Como já apontado, clássicos são os exemplos das comorbidades. Comorbidades com qualquer tipo de transtorno mental e alcoolismo ou dependência de drogas se transformam então no paroxismo do abandono nas redes de saúde.

Gask et al. (155) defendem alguns temas fundamentais que podem ter *impacto na qualidade do acesso aos cuidados primários*: 1) garantia de que alcancem os mais excluídos (atenção especial às dificuldades de acesso aos usuários de álcool e drogas); 2) estar permanentemente atentos às iniquidades no cuidado e 3) *no que se refere às pessoas com transtornos mentais graves, é preciso pensar mais em termos de severidade da doença*

*para definir o acesso, do que em termos de diagnóstico. Mas é igualmente importante pensar nos graus de desabilidade que resultam dos problemas mentais.*

Nesta perspectiva, um bom parâmetro de avanço na qualidade da atenção em saúde mental na APS (e os ingleses tem experiência consolidada neste assunto) parece ser a superação da distinção diagnóstica dos casos graves vs. leves, sendo mais relevante entender qual a demanda daqueles pacientes que se apresentam às equipes, qual a severidade e o grau de desabilidade, como apontam os autores, para poder intervir onde quer que o paciente esteja.

Ainda nesta discussão, houve consenso em dois indicadores que se relacionam aos casos mais graves: Número de visitas às famílias em maior risco e vulnerabilidade e Acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos.

Aqui a gravidade do caso está mais relacionada a situações de vulnerabilidade e risco dos pacientes. Entendemos que estes indicadores abrangem aspectos fundamentais do papel da APS de identificar estas situações, de forma mais interventiva, pois sabe-se que estes casos não chegam aos serviços de saúde e, mesmo nas visitas, podem demorar a serem abordados pelas próprias famílias.

Neste sentido foi importante o consenso em torno destes indicadores pois esta dimensão do trabalho da APS deve ser valorizada e explicitada às equipes e pode ter impacto significativo, inclusive no curso da evolução de transtornos mentais futuros. Há, de certa forma, uma superação da idéia de que a APS não deve atender casos graves ou que teria pouco a fazer nestes casos.

### **Qual o lugar das famílias?**

Apesar de ter sido priorizado o indicador relativo à visita às famílias em maior risco e vulnerabilidade, conforme citado acima, no conjunto de indicadores sobre *família e comunidade como parceiras no tratamento* não foi priorizado nenhum indicador. Foram apresentados na matriz, indicadores referentes à participação da família na elaboração dos projetos terapêuticos, existência de intervenções para alívio da sobrecarga das famílias,

existência de prontuário familiar, aumento da participação das famílias nas atividades da UBS, entre outros.

Por hipótese, pode-se entender que esta escolha do grupo reflete ainda as dificuldades de abordagem com as famílias, dimensão essencial do trabalho na APS, ou novamente, a escolha de indicadores mais quantitativos, em detrimento de indicadores mais qualitativos (característica deste conjunto relativo às famílias).

### **Alguns indicadores não priorizados**

Conforme já apontado, o grupo não priorizou nenhum indicador que inclui número de atendimentos de saúde mental (pela limitação do indicador) ou prevalência de alguns transtornos (pela impossibilidade de se fazer estudos de prevalências pelas equipes)<sup>15</sup> e houve preferência pelo percentual de pessoas acompanhadas.

### **b) Discussão da categoria Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária ou Clínica da Atenção Primária com Saúde Mental**

Esta categoria abrange indicadores relativos aos princípios fundamentais da APS e da Saúde Mental e abordam um conjunto de práticas clínicas que induzem a articulação das duas áreas, como o atendimento da demanda espontânea de saúde mental, a busca ativa dos casos mais resistentes, além de um conjunto de indicadores sobre matriciamento.

Neste bloco houve menos consensos sobre os indicadores, mas muitos indicadores foram aprovados pela maioria (na parte I: 3 votos de 4 e na parte II: 4 votos de 5 – na parte II).

---

<sup>15</sup> É importante notar que esta escolha do grupo acabou por excluir todos os indicadores hoje vigentes no novo programa de avaliação da APS do Ministério da Saúde – PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (40).



Pode-se dizer que, também nesta categoria, foram explicitadas questões fundamentais para o *diálogo ainda necessário* entre saúde mental e APS. Tomemos o exemplo da discussão sobre a definição de caso de saúde mental e consulta de saúde mental.

Conforme já relatado nos resultados, os profissionais de saúde mental, presentes no grupo, ponderaram que é difícil definir consulta de saúde mental pois prevalece a descrição de queixas somáticas pelos pacientes, apesar de estarem relacionadas a sintomas psíquicos. Isto poderia “camuflar” ou ter um efeito de confundimento nos profissionais, dificultando a definição do que seja uma consulta de saúde mental. Logo, não seria um bom indicador aquele que trabalhasse com consultas de saúde mental. Vejamos de forma mais pormenorizada esta situação.

Em primeiro lugar, cabe destacar que esta questão foi levantada justamente pelos profissionais de saúde mental, os especialistas, aqueles que deveriam apostar que, no processo de qualificação da APS, seria importante a expectativa de que as equipes conseguissem definir o que são os casos de saúde mental e, por decorrência, o que seria uma consulta de saúde mental.

Se partimos do pressuposto da indissociação mente-corpo é claro que os sintomas físicos vão se confundir com as queixas psíquicas e que este componente deve estar incorporado à escuta do profissional de saúde. A direção clínica talvez deva apontar para que as equipes saibam cada vez mais identificar os sintomas não explicáveis clinicamente para partirem a uma investigação de problemas de saúde mental do paciente. Não seria justamente este um indicador forte da articulação e incorporação das ações de saúde mental na APS? A capacidade da equipe em definir um caso de saúde mental não seria um refinamento do olhar clínico almejado pela saúde mental?

Importante destacar que os profissionais e gestores da atenção primária defenderam, no grupo, que é possível definir uma consulta de saúde mental, pela demanda apresentada, pelas principais queixas e pela abordagem realizada. Retomando a pergunta de um dos painelistas: por que é possível definir e registrar todos os agravos e não seria possível definir os casos de saúde mental?

Deixaremos um enigma às equipes ou tentaremos cercar o problema em várias dimensões para poder superar, na medida do possível, as incertezas na definição de um caso de saúde mental?

Talvez esta seja uma questão de base para esta pesquisa. Ao propormos certa objetivação na avaliação das ações de saúde mental na atenção primária, há uma aposta de que é possível criar estratégias, dispositivos e indicadores que possam dar subsídios às equipes de atenção primária para identificar e cuidar dos casos de saúde mental. A incerteza diagnóstica ou a necessidade de “tolerar a ambiguidade” diagnóstica, como diria Starfield (2002), não seria justamente o maior desafio da atenção primária?

Conforme já apontamos, a questão do diagnóstico e da identificação da demanda de saúde mental na APS se apresenta como fio da navalha entre especialistas e generalistas, como indica Starfield (2): “a atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização”. Neste nível de atenção, o valor de tempo trabalha a favor de um melhor diagnóstico em função do cuidado longitudinal. Mas, apesar disto, segundo ela,

as ameaças à efetividade e à eficiência da atenção primária encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá (...) a ameaça à efetividade e eficiência da atenção subespecializada encontra-se na maior probabilidade de atribuir queixas a enfermidades que *não* estão presentes e o conseqüente dano como resultado de exames excessivos, diagnósticos e tratamentos inadequados (mesmo que temporariamente) e a desnecessária ansiedade por parte dos pacientes.

Errar por omissão ou por realização?

Pode-se pensar que em um horizonte futuro, onde as equipes incorporem em seu cotidiano a atenção psicossocial e a clínica ampliada, o indicador relativo ao número de consultas de saúde mental poderia perder o sentido, pois todas as consultas trariam o componente da saúde mental na avaliação do processo de adoecimento do paciente. Mas parece-nos que este horizonte ainda está um tanto distante.

## **Abertura ao imprevisto**

O debate sobre atendimento da demanda espontânea de saúde mental também merece análise. Os especialistas reconhecem a importância das equipes da APS estarem abertas e disponíveis à demanda espontânea de saúde mental, o que significa estar aberto ao imprevisível, ao não agendado. Estamos tratando aqui de garantia de acesso, de acolhimento a demandas que exigem das equipes formas diferenciadas de intervenção e disponibilidade de tempo para isto.

Retomamos aqui a questão levantada por Patel (149) que defende que o tempo que se leva para uma boa avaliação em saúde mental (e a questão do atendimento da demanda espontânea é fundamental para estas primeiras abordagens) pode poupar tempo ao longo do acompanhamento do caso, pois pode-se ter intervenções mais efetivas. Aqueles casos de saúde mental que não são atendidos no tempo em que precisam ou são negligenciados em sua gravidade, acabam tomando mais tempo do trabalho da equipe pois recorrem diversas vezes aos profissionais, de forma persistente (nos casos daqueles pacientes poliqueixosos, por exemplo).

Além disto, é nos momentos imprevistos que emergem as situações mais importantes para o paciente. A emergência e acentuação dos sintomas podem dizer muito sobre o caso às equipes e, a depender do acolhimento desta situação, pode criar uma vinculação que permita certas intervenções mais duradouras, com bom impacto no tratamento.

## **Coordenação do cuidado e co-responsabilização**

Na discussão sobre a coordenação do cuidado novamente aparece o tema recorrente dos limites de atuação das equipes da APS e da SM. O grupo aprovou um indicador específico sobre o tema: *percentual de concordância acerca do local mais adequado para cuidado de condições definidas, entre profissionais da AB, CAPS (e ambulatórios de SM, quando existem).*

Entendemos que a questão dos limites de atuação das equipes de saúde mental e atenção primária deva ser foco permanente das discussões do apoio matricial. Cada caso exige das equipes a avaliação de suas capacidades, de seus limites, do alcance de suas intervenções. O horizonte a ser alcançado é que a APS seja a mais resolutiva possível, e que estes limites não se tornem a principal questão mas, sobretudo, se discuta o que é possível ser feito pelas equipes, dentro do marco da co-responsabilização dos casos.

Neste sentido, entendemos então que definir o percentual de concordância sobre o melhor local de tratamento desloca a questão da *melhor forma* de tratar (onde quer que esteja o paciente) para a primazia do melhor *lugar* de tratar.

### **O que se espera do matriciamento**

O painel de especialistas escolheu somente um indicador sobre matriciamento, no conjunto de 6 sobre este tema. Porém, foram sugeridos mais 2 indicadores novos e houve concordância da relevância de se incluir a avaliação do matriciamento como principal estratégia de aproximação/articulação APS-SM.

Os indicadores escolhidos buscam averiguar o quanto os NASF atendem os casos de saúde mental em conjunto com as equipes da APS, em relação aos atendimentos somente pelo NASF ou somente pela ESF. Entendemos que estes indicadores abordam várias questões fundamentais ao matriciamento: a tendência à ambulatorização dos NASF, a dificuldade dos profissionais de SM em co-compartilhar os casos com a APS e de trabalhar na lógica da saúde coletiva.

De forma complementar, foram escolhidos pelo grupo, diversos indicadores que apontam para uma maior responsabilização da APS com os casos de saúde mental, tais como o número de consultas de SM sem agendamento, ampliação da busca ativa sobretudo do casos mais resistentes e o percentual de casos atendidos por demanda espontânea que passam para cuidado continuado.

Ainda nesta categoria, na segunda parte da discussão do painel, houve consenso em diversos indicadores que contemplaram todos os princípios e diretrizes fundamentais para SM na APS.

A primeira dimensão da matriz, apresentada na segunda parte desta categoria, a indissociação mente-corpo, trouxe o debate sobre a urgência em se garantir a avaliação clínica dos casos mais graves que se apresentam à APS, incluindo os casos de abuso de álcool e outras drogas. Apesar de ser atribuição das equipes, este princípio ainda demanda garantia de seu cumprimento. Há relatos de pacientes de saúde mental (sobretudo psicóticos) de que seus sintomas não são “levados a sério” e que isto leva à negligências absurdas no atendimento das questões clínicas destas pessoas, onde quer que sejam atendidas.

Do outro lado, é preciso garantir o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, que não apresentam transtornos mentais, mas que trazem diversas queixas tanto físicas quanto psíquicas. O grupo reconheceu a relevância desta dimensão e aprovou um indicador sobre a existência de abordagens psicoterápicas grupais para problemas de SM. Foi proposto inclusive o detalhamento das atividades, com indicação do número de sessões e pessoas incluídas, além da especificação das atividades realizadas. Houve também a sugestão de avaliar se estes grupos são abertos, pois os profissionais estabelecem critérios muito rígidos, que se colocam como barreiras de acesso importantes aos usuários de saúde mental.

No que tange ao tema das intervenções nas crises, já abordado anteriormente, foi escolhido pelo grupo o indicador sobre a possibilidade de acionar uma referência nas situações de crise, por telefone. Se o usuário e a família sabem a quem recorrer nos momentos da crise, e este contato é viável (não somente uma promessa), garante-se para ao usuário um aspecto fundamental no cuidado em saúde e em saúde mental, que é a continência da rede de profissionais. Mesmo que esta característica seja bastante subjetiva, produz no usuário e nas famílias efeitos terapêuticos que podem ajudar na vinculação e no tratamento, além da satisfação com o atendimento ofertado.

Outro indicador correlato, que trata da dimensão da garantia dos direitos dos usuários que foi aprovado pelo grupo se refere à informação dada ao paciente sobre sua condição, tratamento, medicação e projeto terapêutico (que se espera, seja construído de

forma compartilhada com ele e sua família). Entendemos que este indicador sintetiza diversos aspectos de um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica: cidadania e maior autonomia às pessoas com TM.

A desinstitucionalização também foi incluída como princípio a ser priorizado pelas equipes, com o indicador do percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica. Este indicador é consenso em praticamente todos os documentos do Ministério da Saúde sobre o tema e foi confirmado pelo painel.

### **Afinal, o que significa racionalidade no uso de psicofármacos?**

O indicador “uso racional de psicofármacos” aparece em diversos documentos do Ministério da Saúde como um indicador importante. Entretanto, uma questão que sempre ficava em suspenso era a definição do que seria esta racionalidade no uso destes medicamentos. O debate realizado no painel sobre este tema, em nosso entendimento, traz alguma luz sobre este aspecto essencial dos cuidados na atenção primária.

O tema mobilizou de forma significativa os painelistas, com diversas abordagens e aspectos relacionados (como pode ser visto na apresentação dos resultados). Houve consenso em dois indicadores apresentados e a inclusão de mais três novos.

Foram destacadas as dimensões da quantidade de psicofármacos prescritos (número de prescrições de psicofármacos por habitante), além da importância de se ter parâmetros de comparação com outras equipes do distrito e do município.

Além disto, foi abordada a questão da garantia de acesso aos medicamentos, acompanhado do acesso a outros tipos de intervenção psicossocial, para evitar a medicalização. Esta escolha representa um avanço importante na avaliação do uso dos psicofármacos, quando atrela intervenções medicamentosas a intervenções psicossociais.

Houve então uma preocupação em associar o uso de psicofármacos a outras ofertas terapêuticas, como grupos de discussão de medicação psiquiátrica e sobretudo a outras

práticas de saúde e intersetoriais. Além disto, foi reforçada a idéia de que se fortaleçam as redes sociais de apoio para um tratamento mais completo.

Já abordamos na revisão da literatura o “paradoxo do suporte psicofarmacológico” que se apresenta na clínica médica da saúde mental: ao mesmo tempo que há subdiagnósticos por parte dos médicos (sobretudo de depressão), observa-se também uma medicalização excessiva da população. E, segundo Santos (138), esta relação é bastante complexa pois há uma correlação direta entre prescrição de psicofármacos com a concentração de médicos, a especialização do profissional e a proximidade com o serviço de saúde. Ou seja, mais ofertas de recursos pode significar mais prescrições desnecessárias. A medicação não atingiu o público que teria um benefício comprovado.

Espera-se que o encontro, pelo matriciamento, entre generalistas e especialistas possa produzir “boas doses” de consenso acerca do uso racional de psicofármacos. Novamente se apresenta o desafio do equilíbrio e a redução entre “erros de omissão x erros por realização”, como nos aponta Starfield (2).

Pode-se considerar que houve avanço no debate sobre este tema. Nos documentos do Ministério da Saúde analisados e na revisão bibliográfica não foram encontradas discussões mais aprofundadas sobre indicadores que dessem conta desta dimensão clínica. Este estudo possibilitou trazer alguns aportes a este debate, com indicadores formulados, além de elementos importantes para se pensar novos indicadores.

### **Alguns indicadores não priorizados**

No conjunto de indicadores sobre continuidade do cuidado foram excluídos diversos indicadores qualitativos que se referiam ao aumento da confiança do usuário no cuidado oferecido pela equipe da APS, maior vinculação e autonomia de usuários e familiares. Apesar da discussão da dificuldade em medir ou dimensionar estas características, entendemos que são dimensões essenciais que devem ser apontadas para a equipe, mesmo que sejam apresentadas como questões analisadoras das práticas.

Outro bloco de indicadores relacionados à *atenção psicossocial e à clínica ampliada* que se referiam à ampliação da participação dos usuários nas atividades, à reinserção social dos pacientes (trabalho, escola, atividades sociais), à ampliação de projetos de vida, além da dimensão da intersetorialidade (% de projetos terapêuticos com articulação intersetorial) não foram escolhidos pelo grupo. Esta dimensão ficou claramente sub-representada no conjunto dos indicadores.

Se ainda é difícil a articulação intersetorial no campo da saúde mental, talvez esta escolha do grupo aponte maior dificuldade ainda em abranger esta dimensão na articulação SM-APS, o que coloca questões importantes sobre a resolutividade das ações realizadas. Sabe-se que os casos de saúde mental exigem um conjunto de ações e intervenções que em muito extrapolam a área da saúde.

É necessário um esforço permanente de co-construção com outras políticas intersetoriais, para responder à complexidade das situações trazidas por esta clínica. Logo, entendemos que seja fundamental a inclusão de aspectos relativos a esta dimensão na avaliação das ações de SM na APS, para indução de novas práticas.

### **c) Discussão da categoria Gestão em Saúde e em Saúde Mental**

Conforme já apontado anteriormente, esta categoria trouxe um número menor de indicadores que as anteriores mas houve aspectos interessantes do debate sobre a gestão, que merecem discussão.

Primeiramente, ressalta-se que todos os indicadores de consenso (ou aprovados pela maioria) têm estreita relação com a gestão em saúde e saúde mental. As diversas dimensões abordadas pelos indicadores (clínicas, políticas, éticas) devem estar fundadas em um modelo de gestão que as sustente e fortaleça.

Há uma íntima relação entre modelos de gestão e clínica. A gestão, segundo Campos (83) é uma força externa aos Sujeitos mas que atravessa as práticas e as define, restringindo ou possibilitando a realização da Clínica Ampliada. É preciso aumentar a



capacidade de análise das equipes para que possam reorganizar seu processo de trabalho e o papel da gestão é fundamental para isto.

Pode-se pensar em amplos níveis de atuação de uma rede de saúde, onde o protagonismo do profissional, do usuário e dos familiares é decisivo para a produção de saúde. Mas também não é possível sustentar esta clínica sem o papel fundamental da gestão.

Um dos especialistas retomou a importância de espaços colegiados de gestão, que diversifiquem as formas de atuação e encontro entre os profissionais da rede de saúde e saúde mental. Este modelo estimula a participação democrática e abre espaço ao controle social.

A idéia de rede, tão abordada atualmente no SUS, e ainda um enorme desafio, não pode ser sustentada se não houver forte investimento político e financeiro da gestão. Em nossa avaliação, os conflitos e barreiras existentes na articulação SM-APS, em muito são originados por concepções políticas e princípios adotados pela gestão e isto acaba por induzir práticas fragmentadas, descontínuas, muitas vezes, e pouco agregadoras. Pode-se constatar isto, na análise dos documentos do Ministério da Saúde sobre o tema. É uma história marcada pela busca de consensos técnico-políticos, mas também com vários registros de descontinuidade. E este cenário se repete em diversos estados e municípios.

Parece-nos que a questão fundamental neste debate é novamente a decisão política de priorizar ou não a saúde mental na atenção primária. Este debate reaparece no painel, conforme já indicado, sob forma de questionamentos a respeito da necessidade de se criar políticas e indicadores específicos de saúde mental para a APS (apresentado por um dos painelistas). Mas esta posição não foi consenso no grupo, e ao contrário, houve convergências, sobretudo na posição dos representantes da gestão, de que é necessário avançar neste campo.

O painel mostrou, no conjunto dos temas debatidos, que é possível avançar neste diálogo. Se houver construção coletiva de processos avaliativos e clareza nos princípios da gestão é possível produzir boas práticas neste campo. Deve-se ressaltar que a incorporação da saúde mental na APS tem mostrado efeitos de ampliação da clínica e das formas de

abordagem dos problemas de saúde da população, o que potencializa a produção de saúde e também de saúde mental.

Por fim, o resultado do painel mostra que é necessário rever a política atual de avaliação das ações de saúde mental na APS, com a incorporação de novos indicadores no SIAB e a ampliação da discussão dos atuais critérios de avaliação.

#### **d) Discussão da categoria Formação em Saúde Mental na Atenção Primária**

Nesta categoria houve aprovação pela maioria do grupo de somente 1 indicador mas houve muitas sugestões de aspectos a serem avaliados na formação em saúde mental para a APS.

Muitos painelistas defendem que um dos principais desafios é a formação dos profissionais que fazem apoio matricial. É preciso explorar as melhores formas de avaliar esta formação e apontar seus impactos na mudança do processo de trabalho das equipes. Alguns painelistas argumentaram também que alguns indicadores de consenso para avaliar o apoio matricial podem servir para avaliar o processo de formação. Afinal, o matriciamento é um processo de formação continuado, que pode dar conta de diversas lacunas de conhecimento das equipes, tanto de atenção primária, quanto de saúde mental.

Um dos aspectos importantes neste diálogo, provocado pelo painel, se refere à constatação pelo grupo de que as duas áreas devem buscar aperfeiçoamentos em seus processos de formação. Deve haver um esforço no campo da saúde mental para incluir o tema da atenção primária em sua formação (residências em psiquiatria, residências multiprofissionais, cursos de especialização) e também da atenção primária para incluir módulos de saúde mental nas Residências de Medicina de Família.

Há hoje no SUS diversas propostas de formação que abrangem desde a revisão dos programas dos cursos de graduação, passando pelas residências médicas até o estímulo ao Telessaúde, em diversas áreas. Mas ainda há necessidade de integração destes programas, de modo a potencializar seu alcance.

O tema da formação poderia ter sido melhor explorado pelos painelistas, todos com muita experiência no tema. Entretanto, a própria organização do painel - muitos temas a serem discutidos em pouco tempo e o fato da formação ter sido a última categoria a ser discutida - acabaram por prejudicar este debate.

Uma dimensão fundamental não abordada pela avaliação de consenso foi a efetividade das propostas de formação que têm sido realizadas no SUS. Muitos cursos feitos com profissionais de saúde e de saúde mental acabam por não produzir mudanças nas práticas cotidianas dos serviços.

A literatura internacional também nos confirma este cenário. Gask et al. (163) apontam que muitos treinamentos de médicos não são efetivos no impacto junto aos pacientes. As três maiores barreiras para a efetividade destas intervenções são: a) *os generalistas não acreditam que sua prática pode ter efeito*; b) *a inadequação dos treinamentos* e c) *os contextos organizacionais em que se encontram para implementar o que aprenderam*, mesmo quando os treinamentos são acompanhados por outras intervenções profissionais, não parece ter impacto na qualidade de vida ou na aderência à medicação.

Temos, então, três componentes estratégicos necessários para pensar a melhoria da qualidade da atenção em saúde mental na APS, por meio da formação: 1) uma política de estímulo e valorização dos profissionais para trabalharem com saúde mental; 2) a diversificação das técnicas de aprendizagem (mais interativas, com discussão de casos reais e desenvolvimento de certas habilidades para abordagem dos pacientes na atenção primária; 3) apoio da gestão para mudança dos processos de trabalho (intervenção educacional aliada à intervenção institucional).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para tecer algumas considerações finais será preciso retomar algumas idéias de Gadamer (98) que fundamentaram toda a pesquisa. A “consciência formada hermeneuticamente”, conforme define o autor, busca receptividade à alteridade, por meio do questionamento do presente e a interpelação do passado. Implica uma apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais, ou seja, dar-nos conta dos nossos próprios pressupostos. Os objetos da investigação só produzem sentido quando interpelados pela tradição.

Este foi o percurso desta pesquisa. Imersa na prática da construção cotidiana de uma política pública desafiadora – avançar as ações de saúde mental na atenção primária - a pesquisa buscou a partir do presente, das questões que se colocavam à pesquisadora, uma apropriação das opiniões prévias e dos preconceitos, para deixar que uma “pluralidade de vozes” pudessem resignificar esta prática, por meio da reflexão teórica.

A metodologia escolhida permitiu resgatar certas tradições no campo estudado. A análise documental fez o resgate do registro “oficial” da articulação das duas políticas do SUS, que foi historicizado, em uma de suas inúmeras versões possíveis. Neste sentido, a análise documental foi importante pela reconstrução de uma história que ainda não havia sido escrita.

A revisão narrativa da literatura, em conjunto com a análise documental, fez dialogar a visão das tradições da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Primária com as práticas cotidianas dos profissionais de saúde mental e da atenção básica que, cada qual a seu modo, apontam os caminhos possíveis para a efetivação de uma política pública. Na conjunção destes achados foi possível identificar questões estruturantes para a compreensão do campo saúde mental-atenção primária.

O painel de especialistas buscou uma certa objetivação desta reconstrução. A tentativa foi de elaborar uma proposta de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária, como uma ferramenta de indução de práticas, de tornar público (no sentido

amplo) o que se quer para esta política, que modelos de atenção e de gestão se busca implementar.

Entretanto, é preciso pensar um processo avaliativo que mantenha justamente sua característica *processual*, que não se deixe capturar pela tendência à repetição, à burocratização dos processos de trabalho, às práticas sem críticas e protocolizantes. Deve, sobretudo, guardar sua força instituinte, segundo Passos et al. (74).

Apontaremos então, em duas seções (parte I e II), o que consideramos como os principais achados desta pesquisa, de modo também a apontar certas recomendações aos gestores públicos, para o que se pode considerar as contribuições para o aperfeiçoamento destas políticas públicas. Na segunda parte, faremos uma discussão específica sobre avaliação em saúde mental na APS.

## **Parte I – Considerações sobre o conjunto da pesquisa e seus achados**

I) O conjunto da análise documental realizada (2001-2011) aponta um histórico de aproximações e construção de consensos entre saúde mental e atenção primária. Mais do que verificar os conceitos comuns e ações possíveis de serem feitas conjuntamente, buscou-se também analisar os dissensos neste campo, dado que esta política tem momentos de descontinuidade e rupturas. Investigou-se, então, quais seriam os obstáculos para seu avanço, e quais as estratégias possíveis para superá-los.

II) A revisão da literatura trouxe novos elementos para esta análise do campo saúde mental-atenção primária. Verifica-se que há dificuldades de ordem *política* (visão de integralidade que obstrui a entrada de políticas específicas, dificuldades institucionais de integração e de reconhecimento das contribuições de cada área, entre outras); de ordem *clínica*: dissociação mente-corpo, clínica focada na abordagem biologicista, medicalização de problemas sociais; e também dificuldades de ordem *cultural*: estigma, preconceitos, primazia dos especialistas; busca de ações de ordenamento social para lidar com as dificuldades de manejo com as pessoas com transtornos mentais, moralismo em relação a determinados tipos de pacientes, etc.

III) Mas há experiências municipais construídas, que apontam caminhos possíveis e viáveis que têm como pilares: a) a implantação dos arranjos da clínica ampliada, com forte componente do matriciamento b) o apoio da gestão na implementação das ações de saúde mental na APS, com prioridade técnico-política e financeira; c) processos de formação continuada diversificados.

IV) O apoio matricial como dispositivo técnico-pedagógico é muito potente para a mudança das práticas em saúde. Segundo Onocko Campos et al. (47) ele ajuda a definir fluxos, a qualificar as equipes para a co-responsabilização no cuidado, a ampliar o poder resolutivo local e a alterar a lógica fragmentada de referência/contra-referência. Além disto, pode ampliar o escopo da atenção básica, com a construção de projetos terapêuticos intersetoriais.

V) Não há saúde sem saúde mental, como o lema adotado pela OMS (45). Mas também, é preciso considerar que não há saúde mental sem a melhoria da qualidade de vida da população. A ampliação dos projetos de vida, da autonomia dos sujeitos, do poder de contratualidade, sempre definidos nos contexto sócio-econômicos e culturais em que vivem estas pessoas, são tomadas como essenciais para a produção de saúde.

## **Parte II – Considerações sobre avaliação em saúde mental**

Este estudo se propôs traçar elementos e subsídios para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária. Este objetivo, de início, se mostrou um grande desafio, pela pouca produção bibliográfica sobre este tema específico e pelas dificuldades inerentes à avaliação no campo da saúde mental.

Vários autores apontavam que na área de saúde mental, mais que em outras, a objetivação dos aspectos a serem avaliados eram mais difíceis, pelo forte componente subjetivo na produção de saúde mental. Além disto, apontava-se a imprecisão diagnóstica e a heterogeneidade na definição de saúde mental, a diversidade das modalidades terapêuticas, entre outros, como fatores que dificultavam este processo.

No caso da saúde mental na atenção primária, a questão fica ainda mais complexa, conforme já abordado. Gask et al. (140) afirmam que os clínicos encontram sintomas indiferenciados, difíceis de reconhecer e sem nenhum filtro para saberem se trata-se ou não de transtornos mentais. Os problemas psicológicos, físicos e sociais se apresentam misturados e o contexto de vida e a comorbidade tem papel importante na forma como os pacientes experimentam seus sintomas e os apresentam na atenção primária. Logo, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico são distintos na atenção primária e nos serviços especializados.

Desta forma, a atenção primária criou uma classificação específica dos quadros clínicos e isto engloba os quadros psiquiátricos. Sabe-se também que as formas diferenciadas de apresentação dos quadros clínicos e de classificação da atenção primária repercute na epidemiologia dos transtornos mentais, neste nível de atenção, com prevalências bem maiores, como já foi visto. Para completar este cenário, há poucos estudos de longo prazo que confirmam os diagnósticos de transtornos mentais na atenção primária (Gask et al. 140). Logo, estamos em um terreno de incertezas diagnósticas, que exigem novas posturas clínicas e psicossociais.

Esta contextualização nos leva a pensar novas formas de avaliar as ações de saúde mental, na atenção primária e na rede de saúde como um todo. É preciso buscar critérios mais objetivos de avaliação mas é fundamental também ter indicadores qualitativos que envolvam os processos de trabalho e a satisfação do usuário.

Logo, a definição de indicadores e parâmetros de avaliação deve ser ampliada, para dar conta de dimensões essenciais da qualidade do cuidado. Campbell et al. (87) apontaram dois componentes essenciais: *efetividade do cuidado clínico* (baseado em conhecimento a partir de evidências mas também legitimado pela experiência do profissional) e *efetividade do cuidado interpessoal* (baseado na experiência pessoal do paciente sobre a doença e na percepção do profissional).

Neste sentido, e a considerar a avaliação como “julgamento de valor”, foi necessário neste estudo explicitar os valores que seriam caros a esta clínica da saúde mental na atenção primária. Elencou-se as características fundamentais do que se considera *boas práticas*



neste campo de atenção, baseados na *ética*, nas *evidências* e na *experiência*, como define Thornicroft e Tansella (86).

A partir disto, foi feita uma coletânea de indicadores, com base na literatura e na construção desta pesquisa, que refletissem o que se queria como boas práticas de saúde mental na atenção primária. A matriz construída não se restringiu a indicadores mas apontou também questões analisadoras para as equipes, bem como arranjos e dispositivos que podem ser potentes para mudar as práticas na APS. É importante indicar que esta proposta incluiu aspectos da clínica, da gestão e da formação relacionados à saúde mental na atenção primária.

A matriz de avaliação foi apresentada a um grupo de especialistas sobre o tema SM-APS, que buscou consensos em torno dos indicadores mais estratégicos e relevantes para avaliar estas ações. O debate trouxe elementos preciosos para a discussão e aponta também caminhos para novos estudos necessários.

Ao fim deste percurso, nos deparamos com a seguinte questão: há consensos sobre diretrizes e princípios (consolidados e analisados nesta pesquisa), há indicadores para a avaliação (legitimados pelo painel de especialistas) e então, como construir uma proposta avaliativa para as ações de saúde mental na APS?

Nesta etapa de conclusão da presente pesquisa, entendemos ser necessário indicar caminhos para a elaboração desta proposta, na forma de seus elementos fundamentais. São eles:

1) O primeiro ponto fundamental é a definição de que política se quer avaliar. Isto significa tornar clara as diretrizes e princípios desta política pública e no presente estudo, esta etapa parece ter sido cumprida com a análise documental.

2) Definir o que sejam as *boas práticas* no campo a ser avaliado. Para isto, é preciso buscar as evidências científicas disponíveis conjugadas com as evidências das experiências em curso. O marco teórico-político desta pesquisa é de que a avaliação deve ser co-construção, junto com os atores envolvidos, para que faça sentido para a gestão, para as equipes e para a sociedade. Logo, as boas práticas não devem ser definidas *a priori* mas coletivamente. Esta vertente da avaliação – *avaliação participativa* – é o grande diferencial

na legitimação do processo. Esta perspectiva ainda não se constituiu como prática hegemônica no SUS.

3) Se a proposta avaliativa faz sentido para os atores que a utilizam, deve também ser *incorporada na prática cotidiana* dos serviços e da gestão. Nossa proposta é que uma das estratégias para que se torne mais institucionalizada (sem se naturalizar) é de que seja usada pelo apoio matricial e pelo apoio institucional, além de ser usada também nos espaços colegiados de gestão. Nestes espaços é preciso que haja uma pactuação constante, espaços de consenso do *sentido comum que se quer para as práticas de saúde em questão*. *É preciso também atentar para que não se separe os momentos de planejamento, decisão e execução da avaliação*.

Adota-se nesta perspectiva, a proposta de avaliação como dispositivo (70), com a aposta de que formação e avaliação, bem como, análise e intervenção são indissociáveis.

4) Os indicadores quantitativos e qualitativos podem ser utilizados, pelas equipes e pela gestão, como *uma* das formas de avaliar práticas e dinâmicas, mas não representam o caráter multidimensional das ações de saúde mental. A eles devem ser agregadas pesquisas qualitativas avaliativas para aprofundar determinados aspectos que se deseja avaliar. Algumas experiências têm mostrado que o envolvimento dos profissionais de saúde como pesquisadores produz impactos muito significativos na implicação na avaliação, mas sempre com o cuidado de se evitar a sobreimplicação - ritualização automática da implicação dos processos avaliativos (74).

Por fim, mais dois aspectos essenciais para a avaliação em saúde e em saúde mental. Os fundamentos destas práticas avaliativas devem servir ao fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído com o diálogo entre saúde mental e atenção primária e que novas miradas dos dois campos possam ter produzido um terceiro e mais potente campo de atuação, um “saber novo e híbrido”, como apontamos, composto de diversas visões e experiências para fazer avançar esta política.

A busca de consensos dos elementos mais estratégicos e significativos para avaliar as ações de saúde mental na atenção primária, elaboradas por um coletivo (painel), com

diversas representações, mostrou-se uma estratégia potente para a legitimação do processo avaliativo. Além disto, permitiu uma meta-avaliação dos programas de avaliação das ações de saúde mental na atenção básica existentes no Ministério da Saúde.

Espera-se também que esta metodologia possa contribuir com práticas mais democráticas, que revelem os contrastes existentes neste plano, mas também levem à construção coletiva de valores comuns para modificar a realidade (74).

Os resultados deste estudo pode também ofertar subsídios e ampliar a capacidade das equipes da atenção primária e da gestão em analisar suas práticas cotidianas de forma mais reflexiva, com a abordagem de seus aspectos éticos, políticos e culturais.



## Referências

1. Organización Pan-Americana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington: OPAS; 2007. 48p.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
3. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerreiro AVP (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 132-53.
4. Cassel EJ. *Doctoring: the nature of primary care medicine*. New York: Oxford University Press; 1997. 206p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
6. World Health Organization. *The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world*. Geneva: World Health Organization; 2001. 53p.
7. Gama CAP, Onocko Campos RT. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* Out-Dez 2009;2(1):112-31.
8. 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* Out 2007;23(10):2375-84.
9. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(sup.1):1483-92.
10. Figueiredo MD, Onocko Campos RT. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(1):129-38.
11. Braga Campos FC, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In: Loyola CMD (ed.) *Saúde mental na atenção básica*. *Cadernos IPUB* 2007;13(24):91-9.
12. Tófoli LF, Fortes S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare, Revista de Políticas Públicas* Jul-Dez 2005/2007;6(2): 34-42.
13. Lima ARS. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de saúde da família em Aracaju. In: Loyola CMD (ed.) *Saúde mental na atenção básica*. *Cadernos IPUB* Mar-Abr 2007;13 (24);101-8.

14. Vasconcelos EM. *Abordagens psicossociais, história, teoria e prática no campo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 209p. Volume 1.
15. Foucault M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes; 2006. 511 pp.
16. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120p.
17. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década 80 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* Janeiro-Abril 2002; 9(1): 25-59.
18. Birman J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Amarante P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994, 41-71.
19. Barros DD. Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional. *Saúde debate* Set 1993; (40) 68-76.
20. Sharfstein SS. Whatever happened to community mental health? *Psychiatr Serv* May 2000; 51:616-20.
21. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cad Saúde Pública* Out-Dez 1999; 15(4): 701-9.
22. Braga Campos FC. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese (Doutorado) Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. 178p.
23. Vertzman J, Cavalcanti MT, Serpa Jr OD. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: Bezerra Jr B, Amarante P. (Orgs.). *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições para o estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, 17-30.
24. Rogers A, Pilgrim D. *Mental health policy in Britain*. Hampshire: Palgrave MacMillan; 2001.
25. Costa JF. *A história da psiquiatria no Brasil*. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. 144p.
26. Paulin LP, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* maio/agosto 2004;11(2):241-58.
27. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 783-836.
28. Pitta AMF, Filho JFS, Campos GWS, Lancman S, Kinoshita RT, Cavalcanti MT, Valentini WH. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J Bras Psiq* 1995;44(9):441-52.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança*

- do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 85p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. amp. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.
  32. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 9*, ano VI, nº 9, 2011. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde. (acesso em 13/08/2011). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>
  33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, nº 18, seção 1, de 24 de janeiro de 2008. Brasília; 2011.
  34. Santos NR. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *Revista O Mundo da Saúde* 2010;34(1):8-19.
  35. Campos GWS. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência Saúde Coletiva* 2007;12(2):301-6.
  36. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.
  37. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 531-562.
  38. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Romoli R, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003, 125-33.
  39. Brasil. Ministério da Saúde. Números da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. (acesso em 10/01/2012). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>
  40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. *Política nacional de atenção básica*. Diário Oficial da União, nº 204, seção 1, de 24 de outubro de 2011. Brasília; 2011.
  41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 106p.
  42. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F (org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001, 17-60.
  43. Loyola CMD (ed.) Saúde mental na atenção básica. *Cadernos IPUB* 2007: nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. 139p.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 210p.
45. Prince M et al. No health without mental health. *The Lancet* September 2007, 370(9590):859-77.
46. Lester HE, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *British Journal of General Practice* 2004;54(501),285-291.
47. Onocko Campos RT, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trape TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência Saúde Coletiva* 2011;16(12):4643-52.
48. Bastos S, Soares MA. Estudo diagnóstico da atuação das equipes de apoio matricial em saúde mental no Programa Saúde da Família na região sudeste da cidade de São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde* 2008 Agosto;45:13-16.
49. Maragno L, Goldbaun M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* Ago 2006;22(8):1639-1648.
50. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008;30(1):32-37.
51. Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: OPAS; 2001. 173p.
52. Saraceno B. As variáveis reais: sujeitos, contextos, serviços, recursos. In: Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá Editora; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1999,77-108.
53. Onocko Campos RT, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008, 221-46.
54. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization, 2008. 224p.
55. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 1999;4(2):393-403.
56. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2): 399-407.



57. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(1):173-182.
58. Onocko Campos R, Furtado JF, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista Saúde Pública* 2009;43(sup.1):16-22.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Resultados do AVALIAR-CAPS 2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, 19p. (mimeo).
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família - AMQ*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 108p.
61. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. 282p.
62. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009, 715-38.
63. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
64. Demo P. *Avaliação qualitativa*. Campinas: Autores Associados; 2005. 109p.
65. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (Orgs.) *Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, 27-45.
66. Novaes HMD. Avaliação e programas, serviços e tecnologias de saúde. *Rev Saúde Pública* Out 2000;34(5):547-59.
67. Mercado FJ, Hernández N, Tejada LM, Springett J, Calvo A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Íbero-América no século XXI. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2010, 22-62.
68. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries [on-line]. OECD Health Technical Papers no. 17. Paris: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2004. [Acesso em 15 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/28/32/33865630.pdf>.
69. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989. 249p.
70. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 2001;6(1):165-81.
71. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm* Out-Dez 2004;13(4):593-8.

72. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública* Jan-Mar 1994;10(1):80-91.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36p.
74. Passos E et al. A dimensão instituinte da avaliação. In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 209-28.
75. Santos Filho, SB. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010. 272p.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS: guia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 76p.
77. Donabedian A. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
78. Almeida PF. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
79. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20 (Sup 2):S190-S8.
80. Onocko Campos R, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* Mai 2006;22(5):1053-62.
81. Saraceno B, Frattura L, Bertolote JM. *Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators in innovative approaches in service evaluations: consumer contribution to qualitative evaluation – soft indicators*. 1993. Geneva: WHO, 1993.
82. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* Jul-Set 2004;4(3):317-21.
83. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
84. Onocko Campos RT. *O planejamento no labirinto*. São Paulo: Hucitec; 2003. 166p.
85. Lecomte Y. Développer de meilleurs pratiques. *Santé Mental au Québec* 2003; 28(1): 9-36.
86. Thornicroft G, Tansella M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole; 2010. 179p.
87. Campbell S, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science and Medicine* 2000; 51(11):1611-25.

88. Gask L, Dowrick C, Klinkman M, Gureje O. Diagnosis and classification of mental illness: a view from primary care. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (Eds). Primary care mental health. London: Royal College of Psychiatrists; 2009, 88-104.
89. Bower P. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British of General Practice*, 2002, 52, 926-33.
90. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001, 13-8.
91. Pitta AMF. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001.
92. Rouquayrol MZ e Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
93. Rede interagencial de informações para a saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 299p.
94. Akerman M, Nadanovsky. Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o quê? *Cad. Saúde Públ.*, 1992 out-dez; 8 (4): 361-365.
95. Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1997 Jan-Mar;13(1):93-102.
96. Onocko Campos RT, Furtado JP (Orgs). *Desafios da Avaliação de Programas e Serviços em Saúde*. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. 278p.
97. Japiassú H, Marcondes D. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. 309p.
98. Gadamer HG. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2005.
99. Ayres JRMC. Hermenêutica: conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 27-67.
100. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.
101. Onocko Campos RT, Furtado JP. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latino Am Psicopat Fund* 2005; 8(1): 109-22.
102. Minayo MCS. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2010, 163-90.
103. Victoria CG, Kanauth DR, Rassen MNA (Orgs). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editora; 2000. 136p.

104. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):507-514.
105. Fossey E, Harvey C, Mcdermott F, Larry D. Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36:717-32.
106. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano na clínica em saúde mental. *Rev Latino Am Psicopat Fund* 2009;12(1):130-40.
107. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(2):477-86.
108. Barros NF, Castellanos MEP, Motta JC, Alegre SM, Tovey P, Broom A. A Produção de Sínteses com Evidências Qualitativas. In: Onocko Campos RT, Furtado JP (Orgs.) *Desafios da Avaliação de Programas e Serviços em Saúde*. Campinas: Editora Unicamp; 2011:121-35.
109. Cardoso T. Interação verbal em contexto pedagógico português: por caminhos de acção e reflexão em didáctica de línguas. e-cadernos ces 2008;1:161-74. Acessado em 15 de maio de 2011, <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos>.
110. Lopes LML, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* Out-Dez 2008; 17(4): 771-8.
111. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health service research. *BMJ* August 1995; 311:376-80.
112. Onocko Campos RT et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2010;1:221-41.
113. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, et al. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment* 1998;2(3).
114. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório da Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001, 24p. (mimeo)
115. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório da Oficina de Saúde Mental do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003, 15p. (mimeo).

116. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1065 de 04 de julho de 2005. Diário Oficial da União, nº 127, seção 1, de 5 de julho de 2005. Brasília; 2005.
117. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152p.
118. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2843 de 20 de setembro de 2010. Diário Oficial da União, nº 181, seção 1, de 21 de setembro de 2010. Brasília; 2008.
119. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, de 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210p.
120. Brasil. Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, nº 69, seção 1, de 9 de abril de 2001. Brasília; 2001.
121. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, nº 34, seção 1, de 20 de fevereiro de 2002. Brasília; 2002.
122. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. 185p.
123. Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2ª ed; 1996. 168p.
124. Oliveira GN. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 208p.
125. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005. 212p.
126. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 8*, ano VI, janeiro de 2011. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde. (acesso em 15/01/2011). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf)
127. Vêras MMS, Quinderé PHD, Ferreira LP, Aragão JMGA, Coelho MAAA. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família – SINAI. *Saúde e Sociedade* Jan-Abr 2007;16(1):165-71.
128. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica*. 1ª ed; 4ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 93p.

129. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Banco de dados do AMQ – relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, 2p. (mimeo)
130. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Diário Oficial da União, nº 138, seção 1, de 20 de julho de 2011. Brasília; 2011.
131. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2006 Set;22(9):1845-53.
132. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: ponto de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev Latino Am Enfermagem* 2003 Jan-Fev;11(1):7-13.
133. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2011 Jan-Mar;20(1):85-93.
134. Oliveira AGB, Ataíde IFC, Silva MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos juntos às equipes de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2004 Out-Dez;13(4):618-24.
135. Casé V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti A (Org.) *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 2000, 121-36
136. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm* Jul-Ago 2007;60(4):391-5.
137. Del Barrio LR, Perrón N, Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008, 125-51.
138. Santos DVD. Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
139. CEBRID. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
140. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental health disorders in primary care. *European Psychiatry* October 2008; 23(7):469-476.

141. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992. 194p.
142. Hartman TC olde, Hassink-Franke LJA, Dowrick C, Fortes S, Lam C, Horst HE van der, Lucassen PLBJ, WeelBaumgarten EM van. Medically unexplained symptoms in family medicine: redefining a research agenda. Proceedings from WONCA 2007. *Family Practice August* 2008;25(4):266-271.
143. Passos E, Barros RB A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Abr 2000, 16(1): 071-079.
144. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mcwhinney CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.
145. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2011. 159 p.
146. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Ballint-Paidéia. In: Campos GWS, Guerreiro AVP (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008,34-60.
147. Ruben R, Oliveira ACD, Savassi LCM, Souza LC, Dias RB. Abordagem centrada nas pessoas. *Rev Bras Med Fam e Com* 2009;4(16):245-59.
148. Shield T, Campbell S, Rogers A, Warrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care* 2003;12:100-6.
149. Patel V. *Where there is no psychiatrist: a mental health care manual*. London: Gaskell; 2008. 266p.
150. Silva ATM, Silva CC, Filha MOF, Nóbrega MML, Barros S. A saúde mental no PSF e o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2005 Jul-Ago;58(4):411-5.
151. Dalla Vecchia M, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 183-193.
152. 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 Revista de Saúde Coletiva* 2011;21(2):541-60.
153. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(1):227-32.

154. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A (org.) *SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2ª ed. ampl. São Paulo: Hucitec; 2000, 11-52.
155. Gask L, Rogers A, Roland M, Bower P, Morris D. Improving quality in primary care: a practical guide to the National Service framework for Mental Health [on-line]. 2nd edition. Manchester, United Kingdom: National Primary Care Research and Development Centre; 2003. [Acesso em 10 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/mh-h-bk.pdf>.
156. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, 837-68.
157. Godoy GC. Intervenção e acolhimento na crise em saúde mental. Documento preliminar para Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Mental (mimeo). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
158. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc São Paulo* 2010;10(4):803-13.
159. Goulart FAA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria ... Considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência Saúde Coletiva* 2001;6(2):292-8.
160. Silva LMV. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência Saúde Coletiva* 2001;6(2):298-300.
161. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. *Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde*; 2005. 56p.
162. Pereira AA. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. In: Loyola CMD (ed.) Saúde mental na atenção básica. *Cadernos IPUB* 2007 Mar-Abr:13(24);13-34.
163. Gask L, Goldberg D, Lewis B. Teaching and learning about mental health. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (Eds). *Primary care mental health*. London: Royal College of Psychiatrists; 2009, 423-38.



## **ANEXOS**



## ANEXO I

### MATRIZ PARA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM RESULTADOS DO PAINEL DE ESPECIALISTAS

#### 1. DIMENSIONAMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL

Princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para a Atenção Primária	Indicadores de ACESSO	VOTOS (4 participantes)	Indicadores de EFETIVIDADE	COMENTÁRIOS
<b>A) Identificação das demandas de saúde mental no território; Magnitude epidem.; Ampliação do acesso aos cuidados em SM; Universalidade, integralidade e equidade</b>	1. % pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de <b>álcool</b> , por faixa etária e sexo	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	18. Aumento da proporção de casos graves atendidos pelas equipes	OS INDICADORES DE EFETIVIDADE NÃO FORAM VOTADOS
	2. % pessoas acompanhadas pela APS com problemas de uso prejudicial de <b>outras drogas</b> , por faixa etária e sexo	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	19. Ampliação do vínculo com pacientes e familiares com TM	
	3. % de pessoas acompanhadas pela APS com <b>transtornos psiquiátricos graves</b> , por faixa etária e sexo	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	20. Diagnósticos e terapêuticas discutidos de forma compartilhada	
	4. % de pessoas acompanhadas pela APS com <b>transtornos psiquiátricos leves</b> , por faixa etária e sexo	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	21. Inexistência de fila de espera	
	% de pessoas com <b>transtornos psiquiátricos moderados, acompanhadas pela APS</b> por faixa	<b>CONSENSO</b>		

	etária e sexo			
	5. % de pessoas acompanhadas com transtornos orgânicos (epilepsia, demência e deficiência intelectual) por sexo e faixa etária	<b>3 VOTOS</b>	22. Consensos construídos pelas ESF sobre gravidade dos casos de TM	
	6. N° de atendimentos em <b>saúde mental</b> (exceto álcool e drogas), em determinado local e período/N° total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100	<b>NENHUM VOTO</b>	23. Superação do estigma	
	7. N° de atendimentos de usuário de <b>álcool</b> , em determinado local e período/N° total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100	<b>NENHUM VOTO</b>		
	8. N° de atendimentos de usuário de <b>drogas</b> , em determinado local e período/N° total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período X 100	<b>NENHUM VOTO</b>		
	9. Taxa de prevalência de alcoolismo	<b>NENHUM VOTO</b>		
<b>B) Priorização dos casos graves: transtornos mentais graves, moradores de rua com abuso de álcool e/ou</b>	10. Número de visitas às famílias em maior risco e vulnerabilidade/Número de famílias identificadas como vulneráveis	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	24. Ampliação dos dispositivos de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de vulnerabilidade e para os casos de violência	

<b>outras drogas, cárcere privado, TM decorrentes do abuso de álcool e/ou outras drogas, tentativas de suicídio, idosos em abandono, situações de violência diversas, isolamento social, crises convulsivas</b>			25. Aumento do número de Projetos Terapêuticos com articulação intersetorial, para os casos graves  26. Implementação de estratégias específicas para moradores de rua	
	11. N° de visitas domiciliares mensais aos casos graves de SM/N° de cadastrados na área da equipe	<b>2 VOTOS</b>		
	12. N° de pessoas em acompanhamento, após consulta inicial, estratificada por grupos mais vulneráveis /N° de pessoas acompanhadas	<b>1 VOTO</b>		
	13. % de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela APS, por faixa etária e sexo (por população)	<b>2 VOTOS</b>		
	14. Acompanhamento das crianças vítimas de maus tratos	<b>3 VOTOS</b>		
<b>C) Famílias e comunidade como parceiras no tratamento</b>	15. Participação da família na elaboração do Pts	<b>1 VOTO</b>	27. Aumento da participação das famílias nas atividades da UBS  28. Famílias informadas e sobre o tratamento e protagonistas nos Pts  29. Redução das internações/tratamentos involuntários  30. Ampliação da visão da família sobre os TM e relação mais salutar com seu familiar adoecido	
	16. Existência de intervenções para alívio da sobrecarga das famílias	<b>1 VOTO</b>		
	17. Existência de prontuário familiar	<b>1 VOTO</b>		

**2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL –  
PARTE I**

<b>Princípios e diretrizes da Política de SM e AB</b>	<b>Indicadores preliminares de ACESSO</b>	<b>VOTOS (4 participantes)</b>	<b>Indicadores preliminares de EFETIVIDADE</b>	<b>VOTOS (4 participantes)</b>
<b>A) APS deve ser a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado</b>	1. N° consultas de SM realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos e enfermeiros da equipe/N° total de consultas realizadas sem agendamento prévio (médicos e enfermeiros) pela equipe X 100	<b>3 VOTOS</b>	16. Proporção de pessoas com TM graves com Projetos Terapêuticos elaborados	<b>NENHUM VOTO</b>
	2. % dos encaminhamentos de SM com co-responsabilização para nível secundário e terciário	<b>CONSENSO NO GRUPO</b>	17. Ambiência afetiva e compreensiva em relação às pessoas com TM	<b>NENHUM VOTO</b>
	3. Intervenção precoce nos casos de alcoolismo e primeiro episódio de psicoses	1 VOTO	18. Priorização dos casos de SM diante da magnitude epidemiológica	<b>NENHUM VOTO</b>
	4. Manejo pelas ESF dos problemas de ansiedade e depressão	1 VOTO	19. APS propiciou o primeiro contato da pessoa com TM com o sistema de saúde	<b>NENHUM VOTO</b>
<b>B) NASF como estratégia para ampliar o escopo das</b>	5. Periodicidade semanal ou quinzenal das reuniões entre SM e ESF	1 VOTO	20. N° de de atendimentos de SM realizados somente pelos profissionais dos NASF/N° de atendimentos de SM	<b>3 VOTOS</b>

ações das ESF			realizados conjuntamente SM e APS	
	SUGESTÕES DE INCLUSÃO:  Nº de atendimentos compartilhados NASF-AB/nº de atend. Totais  Nº de atendimentos compartilhados NASF-AB/Equipe de Saúde da família  Nº de casos 1º surto psicótico em acompanhamento após 6 meses do diagnóstico/Nº total casos 1º surto psicótico  Nº contatos realizados pela equipe com pacientes que tentaram suicídio/mês  % dos casos de SM (atendidos por demanda espontânea) que passam para cuidado continuado			
	6. % de casos de SM discutidos e atendidos conjuntamente SM e APS	<b>2 VOTOS</b>	21. % de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos pelas ESF pós matriciamento implantado	<b>NENHUM VOTO</b>
	7. % de profissionais da APS qualificados para atenção em SM	<b>NENHUM VOTO</b>	22. Aumento da resolutividade das equipes com a implantação do matriciamento	<b>1 VOTO</b>

<b>C) Continuidade do cuidado como fundamental para o manejo dos problemas de SM/Longitud.</b>	8. % de consultas de SM pelo próprio médico de família (médico cadastrado como sendo para aquele território) em relação à outras consultas médicas naquela área	<b>1 VOTO</b>	23. Aumento da confiança do usuário no cuidado oferecido pela equipe	<b>1 VOTO</b>
	9. % de pacientes de SM encaminhados em relação aos atendidos pela ESF	<b>1 VOTO</b>	24. Maior vinculação e satisfação dos usuários	<b>NENHUM VOTO</b>
	10. Ampliação da busca ativa sobretudo de casos mais resistentes	<b>3 VOTOS</b>	25. Maior autonomia dos usuários e das famílias	<b>NENHUM VOTO</b>
	11. Participação dos usuários e família na decisão dos encaminhamentos	<b>1 VOTO</b>	26. Co-existência de abordagens medicamentosas e psicossociais  (SUGESTÃO DE PASSAR PARA A PARTE II)	<b>1 VOTO</b>
<b>D) Atenção Psicossocial/Clínica ampliada como transversais nos cuidados em saúde</b>	12. Percentual de casos acolhidos dentre os usuários que procuraram a unidade	<b>1 VOTO</b>	27. Reinserção social dos pacientes com TM (inclusão no trabalho, escola, atividades sociais)	<b>1 VOTO</b>
	13. Ampliação da participação dos usuários e familiares nas atividades	<b>NENHUM VOTO</b>	28. Qualificação da escuta e do vínculo a partir da abordagem psicossocial	<b>NENHUM VOTO</b>
	14. Existência de projetos co-	<b>2 VOTOS</b>	29. Ampliação nos projetos de vida	<b>NENHUM VOTO</b>



	construídos com educação, cultura, trabalho e outros			
	15. % de projetos terapêuticos com articulação intersetorial	1 VOTO	30. Democratização dos Projetos Terapêuticos e revisão periódica	<b>NENHUM VOTO</b>
			31. Auto-gestão e co-gestão dos usuários ampliadas	<b>NENHUM VOTO</b>
			32. Redução dos casos de violência no território	<b>NENHUM VOTO</b>

**2. CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM SAÚDE MENTAL –  
PARTE II**

<b>Princípios e diretrizes da Política de SM e AB</b>	<b>Indicadores preliminares de ACESSO</b>	<b>VOTOS (5 participantes)</b>	<b>Indicadores preliminares de EFETIVIDADE</b>	<b>VOTOS (5 participantes)</b>
<b>E) Indissociação mente-corpo:</b> - Atenção à dimensão dos sintomas físicos das pessoas com TM - Atenção aos problemas psicológicos das pessoas com sintomas médicos não explicáveis e nas doenças crônicas	1. Avaliação clínica/realização de exames clínicos pela APS das pessoas com TM graves e decorrentes do uso de álcool e drogas	<b>CONSENSO</b>	18. Garantia de atenção integral às pessoas com TM sem encaminhamentos desnecessários	<b>NENHUM VOTO</b>
	2. 6 a 8 consultas pela ESF por ano	<b>NENHUM VOTO</b>		
	3. Existência de abordagens psicoterápicas grupais para problemas de SM  Com detalhamento de: - número de sessões - número de pessoas - tipos de intervenções disponíveis	<b>CONSENSO</b>		
	4. % de pessoas com problemas de SM inseridos nas atividades cotidianas das UBS	<b>1 VOTO</b>		
<b>F) Intervenções na crise</b>	5. Abordagem inicial realizada pela ESF	<b>NENHUM VOTO</b>	19. % de internações em hospitais psiquiátricos	<b>2 VOTOS</b>

	6. Existência de uma referência para situações de crise (Possibilidade de acionar por telefone o profissional ou Equipe de referência em situação de crise)	<b>CONSENSO</b>	20. Rede continente aos usuários de SM	<b>1 VOTO</b>
	7. Elaboração de protocolos para situações de urgência com co-responsabilização entre diversos serviços da rede de saúde e SM	<b>NENHUM VOTO</b>	21. N° de pacientes em crise com abordagem na AB/N° de pacientes em crise encaminhados diretamente para internação	<b>NENHUM VOTO</b>
<b>G) Desinstitucionalização</b>	8. % de pessoas com TM egressas de internações psiquiátricas acompanhadas pela APS	<b>CONSENSO</b>	22. Redução das reinternações	<b>NENHUM VOTO</b>
	9. N° de pacientes desinstitucionalizados inseridos nas atividades cotidianas das UBS	<b>NENHUM VOTO</b>	23. Aumento da autonomia	<b>NENHUM VOTO</b>
<b>H) Uso racional de psicofármacos</b>	10. Aumento de prescrições dos pacientes de SM revisados pelo médico de família, pós matriciamento	<b>1 VOTO</b>	24. Aumento da periodicidade para revisão de receitas de psicofármacos	<b>1 VOTO</b>
	11. Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas na APS, por faixa etária e sexo  Indicadores incluídos: - N° de pessoas que utilizam psicofármacos atendidas pela	<b>CONSENSO</b>		

	APS Nº de pessoas que utilizam psicofármacos/total de habitantes			
	12. Consulta médica às pessoas com TM pelo menos a cada 2 meses	<b>NENHUM VOTO</b>	25. Garantia do uso das melhores evidências clínicas aliadas às evidências narrativas dos pacientes	<b>NENHUM VOTO</b>
	13. Garantia de acesso aos medicamentos	<b>1 VOTO</b>		
	REMANEJADO DA PARTE I: Co-existência de abordagens medicamentosas e psicossociais			
	INCLUÍDO: % de utilização de mais de uma oferta de cuidado por usuários de benzodiazepínicos			
<b>I) Garantia dos direitos dos usuários <i>também como transversal</i></b>	14. Paciente tem garantido o direito de recusar o tratamento e a medicação	<b>NENHUM VOTO</b>	26. Pacientes informados sobre sua condição, tratamento, medicação e projeto terapêutico	<b>4 VOTOS</b>
	15. Democratização dos Projetos terapêuticos	<b>NENHUM VOTO</b>	27. Participação ativa dos usuários na definição do melhor tratamento	<b>NENHUM VOTO</b>
	16. Internação é tomada pela equipe como último recurso terapêutico e qdo necessária é realizada em HG	<b>NENHUM VOTO</b>	28. Direção clínica/psicossocial garantindo os direitos fundamentais do usuário seus familiares	<b>NENHUM VOTO</b>
	17. Respeito à confidencialidade	<b>NENHUM VOTO</b>		

### 3. GESTÃO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Indicadores preliminares para a GESTÃO	VOTOS (5 participantes)
Reorientação do modelo assistencial pela Política de Atenção Primária e Política de Saúde Mental	1. Políticas de SM na APS publicadas, com objetivos claros e metas estabelecidas	<b>4 VOTOS</b>
Priorização da APS como principal porta de entrada do SUS	2. Definição de percentual do orçamento para as ações previstas na política de SM para APS	<b>NENHUM VOTO</b>
Organização de redes integradas e regionalizadas, com definição de parâmetros assistenciais de modo a garantir o acesso aos cuidados em saúde e em SM	3. Política de monitoramento e avaliação das ações de SM na APS implementada (com novos registros e indicadores de SM no SIAB e metas de expansão e qualificação das ações de SM na APS nos fóruns previstos no SUS)	<b>CONSENSO</b>
Definição de financiamento para ações de SM na APS, segundo prioridades da política de saúde	4. Redes colaborativas de cuidado em SM	<b>2 VOTOS</b>
Redirecionamento dos recursos da área hospitalar psiquiátrica para ações e serviços de base comunitária e territorial	5. Intervenções mediadas por pacientes ( <i>patient-mediated interventions</i> ) – novas informações clínicas coletadas diretamente dos pacientes e oferecidas aos gestores	<b>1 VOTO</b>
NASF como principal estratégia de apoio matricial em SM para AB	SUGESTÃO DE INCLUSÃO:	
Garantia de medicamentos de SM na APS	% de concordância acerca do local mais adequado para cuidado de condições definidas, entre profissionais da AB, CAPS (e ambulatórios de SM, quando existem)	
Desenvolvimento de sistemas de informação para APS		

#### 4. FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Princípios e diretrizes da Política de SM e AB	Indicadores preliminares para FORMAÇÃO	VOTOS (5 participantes)
<p>Formação como estratégia prioritária</p> <p>Educação Permanente articulada à implantação das equipes de apoio matricial</p> <p>Equipes de apoio matricial devem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço</p> <p>Cursos de Especialização e Atualização/Cursos de ensino à distância sobre SM para ESF e NASF</p> <p>Programa de Educação pelo Trabalho/PET-Saúde Mental com prioridade para desenvolvimento de ações nos CAPS e na comunidade, junto à Saúde da Família</p>	1. Percentual de profissionais das APS e NASF com formação em SM	<b>1 VOTO</b>
	2. Existência de Banco de dados dos cursos realizados – rede de informações	<b>NENHUM VOTO</b>
	3. Definição de critérios de avaliação dos cursos de forma participativa (parâmetros mínimos)	<b>NENHUM VOTO</b>
	4. Inclusão de módulos de SM nas Residências de Saúde da Família e de módulos de APS nas Residências de Saúde Mental/Psiquiatria, além de cursos de especialização, cursos à distância, UNASUS	<b>3 VOTOS</b>
	6. Avaliação do apoio matricial - construção de parâmetros de avaliação de forma participativa	<b>1 VOTO</b>
	<p>Sugestões de Inclusão:</p> <p>Formação curricular em psicologia e psiquiatria na APS e em SM no SUS</p> <p>Presença de segunda opinião em SM na AB</p> <p>Carga horária e local de estágio de cursos de SM na graduação</p>	

## **ANEXO II**



CEP, 26/07/11  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 621/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
**CAAE:** 0547.0.146.000-11

### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO:** “ELEMENTOS PARA UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS - CONTRIBUIÇÕES DE UMA PESQUISA QUALITATIVA AVALIATIVA”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Karime da Fonseca Pôrto

**INSTITUIÇÃO:** Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 05/07/2011

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 26/07/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

### **II – OBJETIVOS.**

Construir um instrumento para avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na atenção primária, no contexto do SUS.

### **III – SUMÁRIO.**

A pesquisa terá 3 etapas: 1- revisão bibliográfica, 2- construção de uma matriz de análise e 3- realização de um grupo nominal com especialistas para a construção de consenso em torno da proposta de avaliação e monitoramento das ações de Saúde mental na atenção primária no contexto do SUS. Serão escolhidos de 9 a 12 participantes que devem ser profissionais da atenção primária, professores universitários e gestores de saúde. Os municípios elegíveis para a escolha de participantes será Sobral-CE, Campinas-SP, Belo Horizonte-MG, Florianópolis e Joinville-SC. Os participantes serão convidados a vir participar do grupo nominal no departamento de Medicina preventiva e social da FCM/Unicamp.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.**

Projeto de mestrado bem elaborado, com objetivos bem definidos e métodos adequados para atingi-los. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado a população alvo.

### **V - PARECER DO CEP.**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.





O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

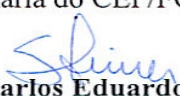
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de julho de 2011.

  
**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP