A CAPACITAÇÃO E A GESTÃO DE EQUIPES DO PSF PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE CASO

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira*
Marta Ester Conciani**
Samira Reschetti Marcon***

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção psicossocial são estratégias integrantes do SUS. Ambos requerem, para a sua efetivação, além da implantação de unidades de atendimento, transformações no trabalho e cuidado realizados. Analisa-se a repercussão de uma capacitação em saúde mental realizada para equipes do PSF de Cuiabá-MT. A pesquisa, de caráter exploratório-descritivo, está fundamentada em pressupostos do materialismo histórico-dialético e estudou oito equipes por meio de análise de documentos, entrevistas e observação. A análise temática identificou as categorias: localização e composição das equipes, escolha do trabalho no PSF, capacitação para o trabalho e gestão do trabalho. Os resultados apontam que a construção de rede de atenção psicossocial que inclua o PSF é possibilitada por processos indissociáveis de trabalho e gestão e requer capacitação continuada com enfoque crítico no modelo biomédico, que deve ser responsabilidade de trabalhadores, gestores e instituições formadoras.

Palavras-chave: Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Atenção à Saúde. Trabalho.

INTRODUÇÃO

O Brasil iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 1990, como estratégia política de reorientação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de assegurar às famílias o acesso a cuidados primários de saúde e a melhoria de sua qualidade de vida. Atualmente o PSF cobre aproximadamente metade da população brasileira: 26.000 equipes em 5.284 municípios, atendendo 83.400.000 habitantes⁽¹⁾. Mato Grosso iniciou a implantação de PSF em 1996 e em 2005 contava com 452 equipes, cobrindo 54,7% da sua população⁽¹⁾.

Enquanto estratégia técnico-política, requer mudanças relacionadas à autonomia, direitos, participação e práticas de saúde, para gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Ao tempo em que se processa a modificação da lógica de atenção à saúde com a implantação do PSF, o campo de atenção à saúde mental passa por importantes transformações, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar para uma atenção descentralizada e de base comunitária – a atenção psicossocial⁽²⁾.

Na atenção psicossocial o tratamento aos

portadores de transtorno mental organiza-se em rede. Alguns novos equipamentos são substitutivos do atendimento hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas. A atenção em rede inclui a internação psiquiátrica em hospitais gerais e a inclusão da saúde mental no nível primário de atenção. O objetivo é superar as tradicionais formas de tratamento psiquiátrico restritas aos serviços especializados fechados, e esse processo complexo de transformação implica em superação do aparato científico, jurídico e assistencial da medicina psiquiátrica⁽³⁾.

Cidadania e participação são diretrizes fundamentais do PSF e da atenção psicossocial, e a atenção à saúde mental é a medida de integralidade e de diferenciação do cuidado ofertado pelo PSF em relação aos demais modelos de assistência à saúde⁽⁴⁾.

Com a finalidade de contribuir para a implantação da rede de assistência em saúde mental em Cuiabá - MT, em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM) da UFMT, realizou uma capacitação das equipes de PSF da Região Norte para atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental.

Essa capacitação organizou-se a partir de

* Enfermeira. Doutora. Professora Associada da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). E-mail: alicegbo@yahoo.com.br

** Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Especialista. E-mail: martaconciani@yahoo.com.br

*** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da UFMT. E-mail: samarcon@terra.com.br

algumas diretrizes teórico-metodológicas: os princípios do SUS e da atenção psicossocial devem orientar a formação, o trabalho/cuidado e a gestão para que a saúde mental integre o campo de atenção do PSF; a unidade do PSF deve ser reconhecida como integrante indispensável na rede de atenção psicossocial, atuando principalmente na lógica da promoção e vigilância à saúde; as demandas de saúde mental no PSF requerem o desenvolvimento de competências para lidar com situações complexas, que extrapolam o modelo médico-psiquiátrico e desafiam cotidianamente os trabalhadores e comunidades⁽⁴⁾; a identificação sistemática da clientela, o reconhecimento das manifestações mais comuns de sofrimento mental e dependência química e a definição das estratégias de cuidado são problemas que envolvem a autonomia de todos os envolvidos - profissionais e comunidades -, e a participação de todos será fundamental na ampliação da cidadania e empoderamento das pessoas e das comunidades⁽²⁻⁴⁾.

Neste sentido, a capacitação ofertada considerou dois aspectos estratégicos: todos os integrantes das equipes foram incluídos, inclusive aqueles que exercem atividades administrativas; e as práticas pedagógicas visaram à construção de competências a partir das experiências de todos os profissionais e recursos do território, e não o repasse de um saber “especialístico” focado na idéia de “doença mental” e seu corolário diagnóstico-terapêutico^(2,4). Se o objetivo era a construção de redes de inclusão e cuidado, as pessoas e conhecimentos, especialistas e não especialistas, foram igualmente considerados.

A carga horária total foi de 48 horas, ministradas em três módulos durante três meses. O número total de participantes foi de 168 e as atividades foram realizadas em grupos de, no máximo, 40 alunos. Os conteúdos foram divididos em três unidades: uma inicial de sensibilização e justificativa da necessidade de mudança de modelo assistencial, e duas de enfoque teórico-prático sobre as manifestações de sofrimento mental e sobre as estratégias terapêuticas para o cuidado no PSF.

As repercussões dessa capacitação na gestão e na organização do processo de trabalho das equipes de PSF justificaram esse estudo.

Analisamos neste artigo o grau de incorporação da assistência à saúde mental no processo de trabalho das equipes de PSF e nos processos de gestão da SMS, após essa capacitação.

METODOLOGIA

Fundamentados numa visão social e dialética do trabalho, tivemos como pressupostos que aquilo que se elege como objeto de cuidados em saúde tem intencionalidades e que as práticas de trabalho/cuidado envolvem sujeitos e relações sociais historicamente situados⁽⁵⁾. As balizas teórico-metodológicas foram os pressupostos da atenção psicossocial⁽²⁻⁴⁾.

Realizou-se uma pesquisa exploratório-descritiva, na Região Norte do Município, onde existiam 16 equipes de PSF. Tendo-se como critério de inclusão o tempo de funcionamento igual ou superior a dois anos, 8 equipes participaram da coleta de dados, de junho de 2005 a julho de 2006.

Foram sujeitos os trabalhadores das unidades de PSF: 38 agentes comunitários de saúde (ACS), 5 médicos, 7 enfermeiros, 12 auxiliares de enfermagem, além de 4 gestores do SUS local, diretamente responsáveis pela gestão da atenção primária à saúde e atenção à saúde mental no município: coordenador de saúde mental e diretor, coordenador e supervisor da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), totalizando 66 participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUIJM de Cuiabá - MT (Processo 176/CEP-HUIJM/04), e todos os participantes foram informados dos procedimentos e concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado um roteiro com questões fechadas para identificação profissional e capacitação na área, e realizadas entrevistas gravadas em grupo, a partir de duas questões norteadoras: “Como se realiza o atendimento de pessoas portadoras de transtorno mental nesse PSF?”; e “Conhece/utiliza o instrumento de Busca Ativa e Acompanhamento de pessoas portadoras de transtorno mental (Ficha B) proposto na capacitação?” Foi também utilizada a técnica de observação do trabalho e de documentos das unidades e da gestão municipal,

além do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Embora todos os participantes tenham assinado o TCLE, alguns não compareceram regularmente aos encontros grupais agendados para a entrevista; assim, apesar de o estudo considerar a existência de 8 médicos e 8 enfermeiros trabalhando nas equipes, somente 5 médicos e 7 enfermeiros participaram das entrevistas.

A análise dos dados articulou o material de campo ao referencial teórico, tendo-se como fundamentos a historicidade, totalidade e dinamicidade, nas contradições próprias da realidade. As categorias teóricas *atenção psicossocial*, *processo de trabalho* e *atenção primária* nortearam a análise de conteúdo⁽⁵⁾, que identificou no material coletado os temas: “A localização e composição das equipes”; “a escolha do trabalho no PSF”; e “capacitação e gestão”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição e localização das equipes

A *composição* das equipes estudadas estava de acordo com o modelo mínimo previsto pelo MS: ACSs em número variável, um enfermeiro, um médico e dois técnicos ou auxiliares de enfermagem. Todas as unidades estudadas compunham o SIAB.

A relação número de famílias/ACS variou de 158 a 252 famílias, portanto, em todas as equipes estudadas o número de famílias foi superior ao preconizado pelo MS: 150 por ACS⁽⁶⁾.

Todas as unidades estavam em atividade havia pelo menos quatro anos e 70% dos trabalhadores de todas as categorias profissionais atuavam na equipe havia pelo menos dois anos, o que indica um tempo favorável de integração dos trabalhadores nas equipes, na comunidade e à estratégia do PSF.

Duas unidades abrigavam em suas instalações físicas duas equipes de PSF, sendo que em uma delas havia uma terceira equipe funcionando no prédio vizinho. Uma determinada gestão municipal padronizou a estrutura física das unidades de forma a reduzir custos na construção (geminada) e na composição das equipes

auxiliares (digitadores, vigilante e pessoal de serviços gerais são comuns às duas equipes).

A estrutura geminada das unidades resulta em que pelo menos uma das duas equipes se localize fora de sua área de abrangência. Isso determina uma interferência na organização da assistência, pois, estando uma equipe localizada distante da sua área de abrangência, o acesso fica prejudicado nos dois sentidos: o da população ao serviço de saúde e o da equipe às famílias e à comunidade.

O número excessivo de famílias por ACS e a localização desfavorável são, entre outros, elementos determinantes da condição dessas de incorporarem ou não a atenção à saúde mental em suas práticas. Trabalhar sem ter garantido sequer o limite mínimo necessário de composição das equipes e em locais distantes da moradia da população pode representar atendimento às exigências formais dos programas de saúde, mas certamente compromete a qualidade requerida para que o PSF se constitua como inovação tecnológica e política na conformação de um novo modelo assistencial para o SUS e dificulta a viabilização do PSF como estratégia de cuidado psicossocial. Algumas dimensões do cuidado psicossocial, como o atendimento extra-unidade e intersetorial⁽²⁻⁴⁾, são bastante comprometidas nessa situação.

A escolha do trabalho no PSF

As razões para a escolha do trabalho no PSF compuseram dois grupos: *condições financeiras* e *trabalho diferente*. Nas categorias profissionais de nível médio as razões financeiras foram predominantes:

[...] o PSF era um programa diferenciado, [...] ele é um programa diferenciado e que pagava bem. (Técnico de Enfermagem)

[por que vim trabalhar] Aqui?! [risos] Eu acho [...] é porque ganha mais. (Técnico de Enfermagem)

Na realidade estudada, a remuneração mensal (salário) do PSF já foi de 400% a mais que outras unidades de saúde da rede municipal e, em 2006 representava aproximadamente 100% a mais do que nos demais setores.

A precarização das condições de trabalho na SMS, onde, em 2005, 52,1% dos trabalhadores eram “prestadores de serviço”⁽⁷⁾, contratados

sem vínculo efetivo de trabalho e admitidos por critérios não técnicos, associa-se a essa motivação financeira. Outras condições adversas, como atrasos sistemáticos de salário por oito anos consecutivos, ausência de correção nos índices salariais por mais de dez anos e não-implantação de plano de carreira até a realização deste estudo, levam à conclusão de que incluir-se nas equipes de PSF se apresenta como uma saída para os que buscam driblar as desfavoráveis condições de emprego e renda no âmbito do SUS de Cuiabá.

Entre os médicos e enfermeiros destacou-se uma categoria de respostas que mencionava um *trabalho diferente das experiências hospitalares* já vividas. Associam-se a essas respostas questões como a *possibilidade de trabalhar com comunidade* e realizar um *trabalho sistemático e planejado*:

[...] no PSF a gente tem um acompanhamento, acho que aí é que é importante, isso é gratificante. A gente conhece todo mundo, vê resultado. (Médico)

[...] saber qual é minha população. Eu saber como trabalhar com aquela população. (Enfermeiro)

O estabelecimento de vínculo terapêutico com a população atendida e o trabalho extra-hospitalar, que possibilitam conhecer e acompanhar a população, eram algumas das motivações dos trabalhadores. Não obstante, essas afirmações de vários profissionais de nível superior parecem relacionadas a uma ideologia de maior possibilidade de *controle da população e medicalização dos problemas*. Algumas falas são ilustrativas:

No PSF a gente vê resultados, porque tem o paciente na mão, acompanha o paciente. Se a gente [...] faz o diagnóstico numa pessoa que tá com pressão alta de 20 por 12 por exemplo, nós solicitamos todos os exames de rotina, entramos com a medicação básica [...]. Então a gente baixa essa pressão [...], conscientiza o paciente que a pressão alta é uma doença que não tem cura, [...] que ele tem que tomar o remédio a vida inteira. Se o paciente se conscientizar que ele é doente e precisa tomar o remédio certo, então eu me realizo no PSF. (Médico)

No PSF eu posso [...] saber qual é a minha população [...]. Eu já fui gerente de unidade e eu [...] não sabia realmente quantos hipertensos, quantos diabéticos, e isso me incomodava demais, porque eu não sabia como trabalhar, se eu não

sabia qual que era a minha população [...]. (Enfermeiro)

Observamos que o “ideal” da prática assistencial, que motiva o trabalho no PSF, relaciona-se ao poder implícito nela, que visa ao controle, com ênfase na medicalização dos problemas e não-valorização da participação, com vista ao empoderamento da população rumo à ampliação de sua autonomia para o cuidado da saúde.

A *integralidade* da atenção requer a articulação do setor saúde com outros visando à compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e à *participação* da população nas práticas e serviços de saúde, no sentido de que esses acolham suas necessidades e permitam a co-participação no plano terapêutico e na vida comunitária. Esses aspectos estão ausentes dessa idealização observada.

O modelo biomédico se mantém hegemônico nas práticas das equipes estudadas e, apesar da manifestação de uma intencionalidade de trabalho comunitário, esse não se pauta por princípios participativos e de integração de saberes. Ressalta-se a presença, nas equipes, de profissionais que demonstram maior sensibilidade para a interlocução com a comunidade, além de investimento e disposição para construir relações de co-responsabilidade na organização do serviço e nas intervenções sobre o processo saúde-doença. Entretanto, são atitudes rarefeitas no conjunto dos sujeitos estudados e da gestão.

Esse recorte biomédico predominante não inclui a atenção à saúde mental, como se depreende de algumas falas apresentadas a seguir, ao serem os entrevistados indagados sobre o atendimento às pessoas em situação de sofrimento mental:

Não, especificamente o atendimento à saúde mental não [é feito]. Às vezes eles voltam com outros problemas, e aí, o atendimento é feito aqui. Da saúde mental o acompanhamento é feito mais pelo [hospital psiquiátrico], nesta extensão que tem aqui [ambulatório]. As consultas deles são agendadas lá e o acompanhamento, medicamento, tudo é feito lá. (Enfermeiro)

Atendemos muito pouco. [...] mais pra consulta de rotina, sem ser dentro do problema que eles apresentam. Tem, por exemplo, pacientes que a gente sabe que tem transtorno mental, [...], e que já procuraram a unidade pra fazer pré-natal. Uma

outra senhora que ela vem fazer CCO de vez em quando. (Médico)

O acompanhamento aos portadores de transtorno mental não é objeto do trabalho das equipes, sendo observado como secundário a outro agravamento ou necessidade de saúde. A atenção à saúde mental não compõe um projeto de intervenção da unidade, não está sistematizada da mesma forma que outros agravamentos de interesse institucionalizado da saúde pública por meio de programas - como pré-natal, CCO e outros.

Dessa forma, a motivação informada para a escolha de trabalho no PSF - o trabalho com comunidade, que possibilita ações de promoção e prevenção -, a qual se constitui em importante aspecto da integralidade da atenção, concretiza-se de modo muito parcial no trabalho cotidiano. A integralidade requer que os profissionais incluam “no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento”^(8:1413).

Os agravamentos à saúde mental continuam silenciosos (ou silenciados) para o PSF. Alguns aspectos das práticas das equipes do PSF são determinantes para a manutenção deste “silêncio”, como o conflito entre dois modelos de atenção: um que padroniza as ações a partir de um recorte programático, característico da saúde pública tradicional, e o PSF, que pressupõe a vigilância à saúde e a integralidade da atenção e que se apresenta ainda distante das práticas das equipes estudadas. Esse conflito representa um limite importante para as ações de saúde mental no PSF, pois essas só se realizam pela organização das práticas segundo a lógica da vigilância à saúde e da integralidade do cuidado, e não pelo cumprimento de “programas” que “controlam” os indicadores de saúde da população.

Embora seja reconhecida a necessidade de ações de cuidado na comunidade que envolvam o suporte às famílias⁽⁹⁾, o “silêncio” da saúde mental na atenção primária continua presente nas equipes deste estudo, em decorrência, entre outros motivos, da histórica exclusão da “loucura” e das práticas de cuidado às pessoas em sofrimento mental nos hospitais psiquiátricos, modelo que se busca superar atualmente^(2-3,9).

As dificuldades técnicas dos trabalhadores, que geralmente não têm na formação o desenvolvimento de competências para ações assistenciais de saúde mental em serviços gerais de saúde⁽¹⁰⁾ também reafirmam o lugar das ações de saúde mental no campo de uma especialidade - a psiquiatria.

Nas informações dos ACSs, a escolha de trabalho no PSF se deu pelo fato de ser a única oportunidade de emprego ou por estarem previamente inseridos em trabalhos voluntários ou políticos com grupos locais:

Eu na época tava desempregada, aí surgiu essa oportunidade [...] eu precisava de um emprego. (ACS I)

[...] eu já trabalho com a comunidade. Sempre trabalhei com comunidade. Tanto com igreja católica, associação de bairro, [...] de mulheres, todas essas coisas. E se sempre trabalhou de graça, né, vamos unir o útil ao agradável...Trabalhar no PSF se trabalha pra comunidade mesmo e é remunerada, né. (ACS II)

Apesar de muitos ACSs referirem experiência com trabalho comunitário e isso ser reconhecido como uma aptidão para o seu processo de trabalho⁽¹¹⁾, pode-se inferir alguma dificuldade deles no trabalho com saúde mental no PSF, pois, compreender as condições de vida como intrínsecas ao processo saúde-doença requer romper com modelos estereotipados de compreensão biomédica da “doença mental” e realizar um cuidado de dimensões complexas⁽⁴⁾, assim como trabalhar na e com a comunidade implica a lida com uma “carga psíquica” elevada de trabalho⁽¹¹⁾. Depoimentos dos ACSs evidenciam essas dificuldades principalmente quando no convívio com problemas de álcool e drogas.

Capacitação para o trabalho

A capacitação, compreendida como um amplo e contínuo movimento de formação, é requisito indispensável para que a integralidade da atenção seja assumida, incorporando práticas de saúde mental no PSF. A atenção à saúde mental na comunidade pressupõe uma complexidade que consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerando o cuidado como uma ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia. A saúde mental no PSF

situa-se numa inversão de complexidade: são requeridas competências mais elaboradas para o cuidado a pessoas portadoras de transtorno mental na comunidade do que em serviços especializados fechados⁽⁴⁾.

Entre os sujeitos deste estudo, 100,0% dos médicos, 86,0% dos enfermeiros, 84,2% dos ACSs e 75,0% dos técnicos e auxiliares de enfermagem participaram da capacitação ofertada em 2004. Embora o número de profissionais seja expressivo, esse foi o único investimento da gestão em capacitação para a atenção em saúde mental no PSF no município.

Em Mato Grosso, onde os profissionais de PSF possuem experiência e relativa maturidade profissional, mas têm formação predominantemente especializada e não generalista⁽¹²⁾, são esperadas dificuldades no campo da saúde mental, que é reconhecidamente uma ação inovadora na atenção primária^(2,4,13). O trabalho que valoriza a subjetividade requer a adoção de tecnologias apropriadas e investimento na capacitação para o enfrentamento de situações complexas, visando à superação do modelo biomédico⁽¹⁰⁾.

Uma dificuldade para consolidar processos de capacitação dessa natureza relaciona-se à descontinuidade dos processos de gestão nos diferentes governos. A gestão municipal, na época da coleta dos dados, ignorava a capacitação realizada em 2004 e, em relação aos profissionais participantes, informava:

[...] houve mesmo aquela capacitação [pausa], a gente não consegue recuperar nem metade dos profissionais que foram capacitados [...] não consegue saber onde estão esses profissionais. (Gestor 1)

Os dados apontam que, apesar do desconhecimento do gestor, 84,1% dos trabalhadores das equipes de PSF sujeitos deste estudo informaram ter participado da capacitação e permaneceram nas equipes desde então.

As descontinuidades dos processos políticos nas mudanças de governo fazem parte do cenário brasileiro de gestão em todos os níveis⁽¹⁴⁾. Entretanto, é necessário compreender essas descontinuidades como um fator determinante do sucesso ou insucesso dos processos técnico-assistenciais. Não se pode falar em mudança de modelo de atenção sem compreender os

processos políticos e de gestão intrínsecos, pois a educação continuada e as práticas assistenciais não ocorrem abstraídas do contexto político-administrativo. Neste estudo, observa-se uma importante contribuição da gestão local da saúde para o sucesso ou insucesso da construção da atenção psicossocial, como se verá a seguir.

Gestão do trabalho

Os dados evidenciam a desarticulação da rede local para a inserção da saúde mental no PSF, poucos investimentos da gestão em capacitação com este objetivo e a manutenção, entre a maioria das equipes de PSF, da concepção de saúde mental enquanto ação a ser dispensada por especialista, como se observa na fala a seguir:

Na área de abrangência existem muitas pessoas com transtorno mental, mas raramente elas procuram a unidade por motivo da saúde mental. Quando procuram a unidade por esta razão, as mesmas são atendidas pela médica, que prescreve algumas medicações psiquiátricas e faz encaminhamentos para serviços especializados [...]. O atendimento na área de saúde mental feito na unidade acaba se restringindo a medicação. As pessoas portadoras de transtorno mental [...] são acompanhadas pelos serviços especializados de referência: Ambulatório e CAPS. (Enfermeiro)

Sobre a articulação entre o nível primário de atenção à saúde e a saúde mental, segundo um dos gestores:

Não [há articulação]. O que eu conheço é assim:, tem a atenção secundária, que tem alguns serviços implantados hoje, que são os CAPS [...]. Eu conheço esses serviços, mas eu percebo que não tem uma integração com a atenção básica, são serviços assim, que eu sei que existem, mas eles acontecem de forma paralela. Eu não tenho clareza sobre a política de saúde mental na Secretaria Municipal, eu sei que existem esses serviços que prestam atendimento, mas não há uma integração com a rede de atenção básica. (Gestor 3)

A saúde mental continua à margem dos programas e planos pactuados na gestão da atenção da SMS, embora no discurso de outro gestor esteja presente a inclusão social:

Olha, na realidade, uma antiga forma de acompanhamento, de tratamento dos pacientes, dos usuários com problemas mentais era muito traumatizante. Hoje, pela inversão, pela

ressocialização dos usuários, se torna mais humano e acreditado, que com isso você tem mais segurança, mais força, e esses usuários vão se enquadrar na sociedade e com qualidade na recuperação. Acredito muito que se recupere com mais facilidade. (Gestor 2)

Na fala do gestor 2 se observam fundamentos humanísticos leigos em relação à doença mental e ao tratamento, o que interfere na organização local dos serviços.

Na fala de outro gestor, a organização das ações no nível local é pensada a partir de um serviço centralizado ambulatorial em fase de desativação, como se observa abaixo:

Primeiro, é a gente entrar nesse ambulatório [estadual, que estava sendo desativado] mapeando no sistema informatizado, de forma que [...] consiga ver qual é a unidade básica de referência dele [...]. E o principal passo é esse, a gente saber quem são esses pacientes, em qual PSF ele está cadastrado.[...] A partir desse trabalho [identificação da Unidade Básica de Saúde na qual o usuário do ambulatório em processo de desativação se vincula geograficamente] a gente fala que esse núcleo aqui, que é o articulador das regionais e dos CAPS, irá funcionar. (Gestor 1)

Assim como na maioria das equipes observou-se a idealização de trabalho comunitário a partir do controle e da racionalidade técnico-assistencial, também para esse gestor se destaca como prioridade o controle dos pacientes cadastrados no serviço psiquiátrico que seria desativado. Não são as necessidades de saúde da população, identificadas a partir da lógica de vigilância à saúde, que direcionam o planejamento das ações de atenção à saúde mental, mas sim, uma descentralização reduzida à hierarquização, e assim perde-se a dimensão da promoção de saúde orientando as práticas. O planejamento com base em dados epidemiológicos, que enfoca famílias em situações de risco, objetivo do PSF para que se produza a saúde como qualidade de vida, é negligenciado. Essa negligência relaciona-se à necessidade de capacitação não só de trabalhadores, mas também de gestores, quando se propõe mudança de modelo de atenção⁽¹⁵⁾.

Na capacitação realizada foram propostos para uso das equipes dois instrumentos: a Ficha A, de busca ativa, por meio da qual se buscava identificar e fazer triagem de situações de

sofrimento mental nas famílias; e a Ficha B, de acompanhamento de pessoas em situações de sofrimento mental. Alguns profissionais se referiram a estes instrumentos:

Nós fizemos o mapeamento, fizemos a Ficha A e a Ficha B, tá tudo ali, nessa pasta, mas ficou aí, ninguém nunca fez nada com isso. (Enfermeiro)

A gente fez, todas nós, as agentes [...] fizemos, preenchemos todos os papéis, mas daí não sei, ninguém mais falou nada e ficou por aí [pausa] não sei onde tá. (ACS)

Uma equipe deu a seguinte informação:

Aqui a gente usa sim, todos os agentes fazem [...] fica tudo na pasta. O enfermeiro acompanha, vê se tá tudo direitinho, se o paciente tá fazendo o tratamento, se as consultas estão agendadas, o remédio. [...] Não, a gente não encaminha isso pra lugar nenhum, não vai no relatório. Ninguém nunca perguntou nada, só fica aqui mesmo, na pasta com os agentes e com o enfermeiro. (ACS)

Das oito equipes de PSF estudadas, somente uma utilizava esses instrumentos de modo sistemático e fazia uma avaliação positiva deles; entretanto esse sistema de informação era reduzido ao trabalho desta equipe, uma vez que a gestão não demandou nenhuma ação relacionada a isto. Esses instrumentos eram desconhecidos de todos os gestores participantes deste estudo. Desse modo, uma medida que poderia subsidiar o planejamento das ações a partir das necessidades de saúde captadas pelas equipes foi introduzida numa gestão e negligenciada pela seguinte, na mudança de governo, sendo interrompida sem avaliação⁽¹⁴⁾.

A repercussão desses processos é diretamente remetida à população que necessita de atenção e às equipes de PSF que se localizam na “linha de frente” da assistência junto à comunidade, como se observa no fragmento de entrevista de um trabalhador a seguir:

Têm vários, várias pessoas com doença mental. Alcoolismo, nós temos grande número de alcoolismo aqui. [...] E nós tivemos esse curso e nós discutimos bastante durante o curso de capacitação da saúde mental, que nós gostaríamos de fazer o curso e não gostaríamos que, se fosse como os outros, que a gente tem um monte de informações, mas as coisas acabam ficando no papel, entendeu?! O que nós observamos, que fizemos o curso, fomos capacitados, e nós não temos a contra-referência, a gente tem uma dificuldade muito grande quando chega um

paciente descompensado e você tem que fazer esse encaminhamento pra um psiquiatra, psicólogo, entendeu? [...] até pra gente pedir medicação, é uma dificuldade; não tem, agora que conseguimos uns blocos de receituários. Deveria ter essa medicação conosco, na unidade, pra facilitar a vida do paciente. [...]. Não ficar no papel, como a gente reclamou lá. Eu acho que não melhorou muito, fez o curso de capacitação, mas não tem o retorno, a referência e a contra-referência". (Médico)

Consideramos que dois momentos foram marcantes da gestão municipal na área: o primeiro em 2004, quando a gestão investiu de modo significativo na mudança de modelo e promoveu a capacitação, além do descredenciamento de um hospital psiquiátrico da rede SUS e implantação de 10 residências terapêuticas; e o segundo em 2005, quando, na mudança de governo municipal, desconsiderou-se grande parte do processo anterior, ignorando ou não prosseguindo com as ações iniciadas, como a não-interlocução com as unidades de PSF capacitadas, e promovendo ações de retorno à centralização em ambulatórios especializados.

Esses dois momentos contraditórios foram possíveis no contexto nacional e estadual de políticas de Reforma Psiquiátrica. Consideramos que essa relativa aleatoriedade de condução política local (ora avança rumo à descentralização, ora à centralização) é possível porque se realiza como resultado de processos de gestão centralizada, característicos do setor saúde local. A ausência de participação e

controle social na organização do modelo de atenção em saúde mental, como pode ser constatado em estudos da realidade local⁽¹⁶⁾ e de outras regiões⁽¹⁷⁾, possibilita essa situação, característica dos gestores públicos brasileiros⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF e a atenção psicossocial são estratégias de atenção à saúde e necessitam ser compreendidos num processo articulado à efetivação do SUS. Ao se analisar um processo de capacitação realizado observou-se que, ainda que o número de profissionais das equipes de PSF com capacitação em saúde mental tenha sido bastante expressivo, representou movimento pontual e desarticulado da gestão municipal e, por isso, resulta num baixo impacto no processo de trabalho das equipes.

Vários elementos compõem esse cenário e necessitam ser abordados ao se eleger a construção da atenção psicossocial como alvo: o modelo biomédico, predominante nas práticas das equipes de PSF, necessita ser superado cotidianamente por trabalhadores e gestores; a capacitação necessita ser continuamente fomentada, e para isso, também trabalhadores e gestores necessitam apresentar essa demanda às instâncias de formação, que, dessa forma, também se co-responsabilizam pela efetivação da mudança de modelo, seja a estratégia de PSF, seja a atenção psicossocial.

FAMILY HEALTH PROGRAM TRAINING AND TEAM MANAGEMENT FOR PSYCHOSOCIAL ASSISTANCE: A CASE STUDY

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) and the psychosocial attention are strategies integral to the Brazilian Public Health System. Both require, for its effectiveness, besides the implantation of units of assistance, major changes in the rendered work and care. In the present study, the repercussion of training in mental health accomplished by FHP teams of Cuiabá-MT is analyzed. The exploratory-descriptive research is based on presuppositions of the dialectic-historical materialism, and studied eight teams through analysis of documents, interviews and observation. The thematic analysis identified the categories: location and composition of teams, selection of work in the FHP, training for the work and work management. The results point that the construction of a net of psychosocial assistance including the FHP is made possible by non-separable processes of work and management and it requires continuous training with critical focus on the biomedical model, which should be a responsibility of workers, directors and institutions.

Key words: Mental Health. Family Health Program. Health Care. Work.

LA CAPACITACIÓN Y LA GESTIÓN DE EQUIPOS DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL: UN ESTUDIO DE CASO

RESUMEN

El Programa de Salud de la Familia (PSF) y la atención psicossocial son estrategias integrantes del Sistema Único

de Salud (SUS). Ambos requieren, para su efectividad, además de la implantación de unidades de atención, transformaciones en el trabajo y cuidado realizados. Se analiza la repercusión de una capacitación en salud mental realizada para equipos de PSF de Cuiabá-MT. La investigación, de carácter exploratorio dialéctico, está fundamentada en presupuestos del materialismo histórico dialéctico y estudió ocho equipos por medio de análisis de documentos, entrevistas y observación. El análisis temático identificó las categorías: localización y composición de los equipos, elección de trabajo en el PSF, capacitación para el trabajo y gestión del trabajo. Los resultados apuntan que la construcción de red de atención psicosocial que incluya el PSF es posibilitada por procesos indisolubles de trabajo y gestión. Es necesaria la capacitación continuada con enfoque crítico en el modelo biomédico, que debe ser responsabilidad de trabajadores, gestores e instituciones formadoras.

Palabras clave: Salud Mental. Programa de Salud Familiar. Atención a la Salud. Trabajo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e saúde da família. [on-line]. 2006a. Disponível em: URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php.
2. Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho D'água; 2006.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM. Aprova as normas e diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Brasília, 1997.
7. Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2005. Cuiabá: ASPLAN; 2005. Mimeografado.
8. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática na integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; (20)5:1411-1416.
9. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Ciênc cuid e saúde. 2007; 6(3):357-362.
10. Lucchese R, Barros S. A epistemologia da enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessidade de construção de competências na formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2004; (38)3:350.
11. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. Rev Esc Enferm USP. 2007; (41)3:426-433.
12. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Pública. 2006; (22)9:1881-1892.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2001.
14. Minayo MCS. Introdução. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.19-52.
15. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. (org). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/ Fiocruz; 2006. p. 783-836.
16. Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva. Disponível em: URL: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=845.
17. Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta Paul Enferm. 2006; (19)2: 207-211.

Endereço para correspondência: Alice Guimarães Bottaro de Oliveira. R. Pres. Rodrigues Alves, 99 apto. 601 Bairro Quilombo, CEP: 78043-418 Cuiabá, Mato Grosso. E-mail: alicegbo@yahoo.com.br

Recebido em: 07/05/2008

Aprovado em: 21/07/2008