

Rosana Teresa Onocko-Campos¹

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Ana Luiza Ferrer^{II}

Carlos Roberto Silveira Corrêa¹

Paulo Roberto de Madureira¹

Carlos Alberto Pegolo da Gama^{III,III}

Deivisson Vianna Dantas¹

Roberta Nascimento¹

Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde

Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care

RESUMO

OBJETIVO: Comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa avaliativa, com triangulação de métodos e referencial teórico da hermenêutica crítica em seis Unidades Básicas de Saúde dos dois distritos de saúde mais populosos de Campinas, SP, 2007. As Unidades Básicas de Saúde foram analisadas segundo resolatividade da clínica, articulação entre as redes de atenção primária e saúde mental e implantação de estratégias de promoção à saúde. Foram definidos dois grupos pela técnica de *clusters*: um com maior e outro com menor grau de implantação das ações. Os grupos foram comparados a partir da melhora do seguimento clínico, dada pela ocorrência de acidente vascular cerebral; avaliação da dispensação de medicamentos psiquiátricos; grupos focais com trabalhadores, usuários e agentes comunitários de saúde; e entrevistas com usuários e familiares. Empregaram-se estratégias de pesquisa inclusivas e participativas.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Não houve modelos puros, mas um mosaico de propostas organizacionais. Foram identificados avanços positivos no grupo com maior implantação de estratégias inovadoras em relação à melhor integração dos agentes comunitários nas equipes das Unidades; à percepção de melhora da assistência pelos trabalhadores e agentes; e à facilidade para encaminhamentos e assistência de casos de saúde mental. As dificuldades identificadas em ambos os grupos foram: comunicação entre os níveis de atenção e dentro das equipes; na implantação do apoio matricial, e ações de promoção à saúde incipientes.

CONCLUSÕES: São necessários o desenvolvimento e a implantação de mecanismos de fixação de profissionais na Atenção Básica nas grandes cidades. Os ACS são imprescindíveis para viabilizar o trabalho territorial proposto pela ESF, utilizando mecanismos de integração dos ACS às equipes de saúde para contrabalançar a tendência ao isolamento. Os arranjos pesquisados mostraram-se potentes para produzir essa integração.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde, organização & administração. Inovação Organizacional. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Estratégias Locais. Estratégias Nacionais. Sistema Único de Saúde. Apoio matricial.

^I Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Unicamp. Campinas, SP, Brasil

^{III} Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Rosana Teresa Onocko-Campos
Departamento de Saúde Coletiva
FCM - UNICAMP
Universidade Estadual de Campinas
Caixa Postal 6111
Cidade Universitária Zeferino Vaz
Barão Geraldo
13081-970 Campinas, SP, Brasil
E-mail: rosanaoc@mpc.com.br

Recebido: 27/7/2010
Aprovado: 18/8/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the performance of Primary Care Units according to the implementation of new arrangements and strategies in primary care and mental health.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Evaluative research with triangulation of methods and theoretical framework of critical hermeneutics, carried out at six Primary Care Units of the two most populous health districts of the city of Campinas (Southeastern Brazil) in 2007. The Primary Care Units were analyzed according to clinical resolution, articulation between the primary care and mental health networks and implementation of health promotion strategies. Two groups were defined by cluster analysis: one with higher and another one with lower degree of implementation of the actions. The groups were compared based on the improvement in clinical follow-up, given by the occurrence of cerebral vascular accident; evaluation of dispensation of psychiatric medicines; focal groups with workers, users and community health agents; and interviews with users and relatives. Inclusive and participatory research strategies were employed.

ANALYSIS OF RESULTS: There were no pure models, but a mosaic of organizational proposals. Positive advances were identified in the group with higher implementation of innovative strategies in relation to better integration of the community agents in the Units' teams; to the workers' and agents' perception of improvement in the assistance; and to the facility for referrals and assistance of mental health cases. The difficulties identified in both groups were: communication among the levels of care and within the teams, in the implementation of matrix support, and incipient health promotion actions.

CONCLUSIONS: The development and implementation of mechanisms to fix professionals in Primary Care in large cities are necessary. The community health agents are fundamental to perform the territorial work proposed by the Family Health Strategy, using mechanisms to integrate the community health agents into the healthcare teams in order to counterbalance the tendency to isolation. The researched arrangements proved to be potent to produce this integration.

DESCRIPTORS: Primary Health Care, organization & administration. Organizational Innovation. Program Evaluation. Local Strategies. National Strategies. Unified Health System. Matrix support.

INTRODUÇÃO

A estratégia de Atenção Primária à Saúde como política pública é discutida e implantada em países da Europa desde meados do século XX. A conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu o consenso de que a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população.²¹ Estratégias que fortalecem a capacidade da atenção primária e que enfatizam a promoção da saúde tendem a melhorar o status de saúde e reduzir custos.¹³

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) filia-se a essa tradição. A rede de saúde de Campinas, SP, possui 61 Unidades Básicas de Saúde (UBS), aproximadamente uma para cada 20.000 habitantes, organizadas a

partir de um modelo ampliado da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além das categorias profissionais previstas no programa ministerial, foram introduzidos especialistas (pediatra, ginecologista e dentista) e inovações organizacionais, visando modificar o modelo médico-centrado tradicional.

O município possui uma equipe de saúde mental para cada 30.000 habitantes, presente em 30 UBS para apoio às equipes de saúde da família no atendimento aos portadores de sofrimento mental. Entre as inovações implementadas destacam-se: reunião de equipe e espaços fixos de discussão regulares, presença de equipe de saúde mental na UBS, existência de apoio matricial, construção de Projeto Terapêutico Singular

para os casos de maior risco clínico e de vulnerabilidade social, grupos de educação e promoção à saúde, existência de gestão colegiada e participação da comunidade na gestão.

O presente estudo teve por objetivo comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo avaliativo,⁴ participativo⁶ predominantemente qualitativo,⁴ guiado pela hermenêutica gadameriana⁷ e com uso da triangulação de métodos.¹⁴

A avaliação ocorreu por meio de três eixos: a melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de acidente vascular cerebral (AVC); a articulação entre as redes de Atenção Primária e de Saúde Mental; e a efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde.

Foram analisadas seis UBS dos dois distritos de saúde mais populosos de Campinas, 2007, com piores índices socioeconômicos e com alta taxa de vulnerabilidade social (IBGE,^a censo demográfico 2000). UBS com características estruturais e dados de produção semelhantes foram incluídas para evitar dimensões díspares quanto aos recursos instalados e à área de abrangência.

Para identificar homogeneidade na implantação dos arranjos e estratégias nas UBS, foi criada uma escala que avaliou: a implantação de equipes de PSF com adscrição de usuários; existência, frequência e dinâmica da reunião de equipe; elaboração de projetos terapêuticos e discussão coletiva de casos clínicos; presença regular (mensal, quinzenal ou semanal) de apoio matricial em saúde mental com as funções de discussão conjunta de casos clínicos, atendimento conjunto de casos e capacitação teórico-conceitual da equipe; existência e frequência de atividades interseoriais e atividades grupais na unidade que visasse à prevenção e à promoção da saúde. Os valores arbitrários aumentaram quanto maior a frequência e o número de atributos declarados pela UBS para cada variável. A escala foi validada previamente em duas UBS que não participaram do estudo utilizando o consenso grupal como resposta para evitar vieses de opiniões individuais. Foi aplicada durante reunião de equipe por dois pesquisadores independentes e calibrada.

A técnica de *cluster analysis*,⁵ com *software* S-Plus 4.0, foi utilizada para agrupar as UBS que tivessem mais pontos em comum entre as variáveis mapeadas. O resultado dos *clusters* destacou dois grupos por similaridades entre as variáveis: o grupo I (duas UBS

com maior grau de implantação de arranjos e estratégias inovadoras – equipes organizadas pelo modelo PSF, reuniões semanais regulares para elaboração de projetos terapêuticos e discussão de casos clínicos, presença de apoio da saúde mental pelo menos quinzenalmente e desenvolvendo atendimentos e discussões conjunta de casos); e o grupo II (quatro UBS com menor grau de implantação – sem presença dessas variáveis ou com baixa frequência, apoio mensal da saúde mental e somente suporte de capacitação, sem discussão de casos clínicos nem atendimento conjunto, entre outros).

Realizaram-se grupos focais (GF) com trabalhadores, usuários e ACS de cada grupo. A separação dos trabalhadores e ACS baseou-se em critérios de homogeneidade na composição dos grupos⁸ e em experiência de pesquisa anterior, na qual diferenças de nível de escolaridade produziram situações institucionais de uso de poder que se refletiram no contexto grupal.¹⁶ Realizaram-se nove GF: três do agrupamento I (trabalhadores, ACS e usuários) e seis do agrupamento II (dois de trabalhadores, dois de usuários e dois de ACS). Conhecer ou trabalhar há mais de seis meses na unidade e ter interesse em participar do estudo foram critérios de inclusão nos GF. Critérios específicos: para os usuários, ser adulto, ter utilizado pelo menos três vezes a UBS no último semestre. Convidaram-se seis hipertensos e seis usuários dos serviços de saúde mental. Entre os trabalhadores (exceto ACS), convidaram-se dois médicos; dois enfermeiros; quatro psicólogos ou terapeutas ocupacionais; quatro profissionais de nível médio.

Do total de convidados para cada grupo, houve dez pessoas em média nos grupos de trabalhadores (incluindo grupos de ACS) e seis nos de usuários. Os GF foram áudio-gravados e transcritos na íntegra.

As transcrições foram transformadas em narrativas, como propõem Ricoeur¹⁷ e Onocko Campos & Furtado.¹⁵ Analisaram-se as diferentes vozes (trabalhadores, usuários e ACS) dentro de cada grupo e compararam-se (e.g., usuários com usuários) nos dois grupos para identificar as diferenças. Os conteúdos foram analisados repetidas vezes por pesquisadores, realizando a espiral interpretativa hermenêutica. Não se tratou da objetivação de evidências duras, mas da descoberta de valores e explicações que os atores atribuíam a suas práticas.

Definiram-se como variáveis: o atendimento ao paciente com AVC; a atenção a pacientes com sofrimento mental e seus familiares; e o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde.

Realizou-se estudo quantitativo, descritivo, transversal e documental de um ano para mapear as ocorrências

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população: estimativas para 1º de julho de 2006. Rio de Janeiro; 2006 [citado 2011 set 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>

de AVC (Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão I.64) nos três hospitais públicos de referência da cidade. Os prontuários dos pacientes de cada uma das seis Unidades foram analisados e os coordenadores dessas UBS entrevistados, para acessar a compreensão dos profissionais sobre a clínica desenvolvida nos casos de AVC.

Analisou-se a lógica de encaminhamento dos casos de saúde mental; o padrão de consumo de psicofármacos; o conhecimento dos pacientes sobre a medicação psiquiátrica; a visão dos familiares sobre a doença mental e seu tratamento; e a avaliação das equipes sobre o apoio matricial.³ Realizou-se levantamento da dispensação de medicação psiquiátrica por oito meses pela base de dados informatizada das farmácias das UBS da prefeitura municipal. Toda medicação efetivamente entregue a algum usuário ganha registro do prescritor, do paciente e da quantidade e tipo de medicação entregue. Estimou-se a frequência de retirada da medicação pelo paciente, independentemente do local.

Realizaram-se 29 entrevistas semi-estruturadas em visitas domiciliares com usuários da saúde mental e familiares das UBS com experiência de encaminhamento para serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), independentemente do desfecho.

Para avaliar a implantação de estratégias de promoção à saúde, avaliou-se o envolvimento dos usuários nos projetos e programas preventivos e de promoção à saúde, o tipo e a quantidade de atividades grupais realizadas, o envolvimento dos ACS e equipe em responder demandas do território e desenvolver atividades intersetoriais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (em 25/9/2007, registro nº 562/2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Melhora do seguimento clínico

Foram identificados 133 casos de AVC: 96 no Distrito Sul e 37 no Sudoeste. Em 38% dos prontuários hospitalares não havia indicação do local de seguimento após alta, 39% não possuíam indicação à alta e 23% foram encaminhados para UBS ou centros especializados. Dos 34 pacientes pertencentes às seis UBS analisadas, 25 pertenciam ao grupo II e nove ao grupo I, porém sem significância estatística.

Estudos apontam melhores resultados na redução da morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares quando são adotadas estratégias como manejo dos casos de maior risco por enfermeiros,¹ planejamento conjunto entre pacientes e profissionais da atenção

primária de estratégias singularizadas e multifacetadas. Componentes com efetividade comprovada foram análise do contexto, suporte profissional, recomendações claras e simples com base em evidências robustas, boa comunicação, uso de redes bem estabelecidas para troca de informação com especialistas,²³ programas com atividades conjuntas e práticas e grupos pequenos.¹⁹

A falta de significância estatística pode decorrer do tamanho da amostra e representar uma limitação do estudo. Dos 34 pacientes pertencentes às UBS, 18 tiveram seus prontuários localizados, outra limitação do estudo e dos serviços de saúde; 13 possuíam cadastro antes do AVC, sem diferenças significativas entre os dois grupos. No grupo II, três pacientes hipertensos haviam abandonado o serviço – ou não conseguiram acesso a ele – nos dois anos anteriores ao AVC e outros dois haviam abandonado o acompanhamento na UBS no último ano. Utilizou-se o período de dois anos anteriores à ocorrência, uma vez que poderia ser período de ajuste de medicação, reorientação de hábitos e dieta, inserção em espaços de convívio e possível prevenção do AVC. Mais uma limitação da pesquisa foi a escolha de um único indicador como parâmetro clínico.

A avaliação das internações por AVC realizadas pelos hospitais públicos no período permite aproximação à prevalência esperada. Contudo, a perda de prontuários, a falta de correta referência e contra-referência sugerem inadequada articulação da atenção básica com os hospitais de referência e baixa responsabilização pelo seguimento de pacientes com hipertensão arterial, o que levanta dúvidas sobre sua efetividade. Não apareceram diferenças significativas quanto ao tipo de desfecho (AVC) entre os dois grupos, apesar de o grupo I apresentar práticas mais inclusivas e de ampliação da clínica.

Segundo a análise qualitativa das narrativas dos GF, os trabalhadores das UBS do grupo I afirmaram que a clínica começa na recepção e/ou no acolhimento. A discussão e o planejamento das intervenções eram realizados nas reuniões de equipe. Trabalhavam com priorização de risco, com grupos de usuários crônicos e conduziam tratamentos supervisionados. Os ACS sentiam-se integrados à equipe e participavam das discussões dos casos.

Os usuários do grupo I elogiaram as visitas domiciliares e o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, porém se queixaram da dificuldade de agendamento com especialistas. Sabiam da existência dos grupos de hipertensos e reconheceram sua ajuda no tratamento, apesar de sua divulgação escassa e da falta de encaminhamento formal pelos médicos. Acreditavam que a participação nos grupos propiciava melhor atendimento da equipe. Segundo eles, os resultados dos exames eram demorados e ocorriam perdas; no entanto, eram avisados por telefone quando existiam alterações nos exames.

Usuários do grupo II relataram que o acesso era regulado pela recepção em algumas UBS e, em outras, era necessário retirar senha no início da manhã. Disseram haver médicos com os quais era possível dialogar e outros dos quais recebiam receitas sem conversa. Reforçaram a importância e a necessidade de serem ouvidos como “pessoas”. Apesar das dificuldades mencionadas, suas narrativas mostraram compreensão excessiva e até culpavam-se pelas falhas do serviço. Essa postura pode representar um fator limitante para a reivindicação de direitos.

Os trabalhadores do grupo II acreditavam que realizavam boa clínica ampliada e não mostraram autocritica sobre os aspectos apontados pelos usuários. Os ACS acreditavam serem os responsáveis pela verdadeira clínica ampliada e afirmaram que os demais trabalhadores não se envolviam com os usuários mais intensamente. Entre ACS e demais trabalhadores, parecia haver grande distância e o não-reconhecimento do trabalho dos ACS.

O grupo I apresentou maior integração entre a equipe de trabalho, incluindo os ACS. Os pertencentes ao grupo I reconheceram aspectos benéficos como parte do tratamento oferecido pelas equipes de saúde e mencionaram o que precisaria ser melhorado. No grupo II, predominou o relato da dificuldade de acesso, pouca escuta e, apesar disso, uma espécie de autculpabilização dos usuários pelas falhas apontadas, como se fossem os responsáveis, e não as equipes. Faltam dados na literatura que abordem as impressões e sentimentos das equipes e usuários considerando os diferentes arranjos e estratégias de funcionamento. Estudos do caso brasileiro podem apontar questões para outros países emergentes, nos quais o grau de reivindicação cidadã não parece ser tão desenvolvido como em países ricos.

Articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental

Usuários e familiares de ambos os grupos enfatizaram a importância da escuta dos profissionais da saúde mental no tratamento, porém se queixaram de sua alta rotatividade, que produz descontinuidade do tratamento. Essa parece ser uma dificuldade do próprio sistema de saúde.

Os trabalhadores do grupo I possuíam critérios mais elaborados a respeito do perfil do paciente a ser encaminhado. Tinham melhor conhecimento da rede de atenção à saúde nos seus diferentes níveis e referiram maior facilidade de comunicação com instâncias como os Caps.

Melhor integração foi observada entre ACS do grupo I e equipes de saúde mental, com discussões de casos conjuntas e pactuação de ofertas para inserção dos usuários no serviço e acompanhamento no território. Isso parece refletir maior integração da equipe de forma

geral, incluindo ACS e a equipe de saúde mental como componentes de um grupo único, coeso. Estratégias de gestão democrática e de ampliação da clínica podem ter favorecido essa união. No grupo II, permaneceu uma lógica de transferência de responsabilidade do caso, e não de co-responsabilização.

A implantação diferenciada do apoio matricial no grupo I, com regularidade dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos Caps e UBS, parece ter produzido de fato maior co-responsabilização pelos casos. Isso se reflete no conhecimento que as equipes tinham de quem estava em atendimento nos Caps, a avaliação de que o diálogo com outros serviços era possível e de que contavam com uma retaguarda especializada adequada.

No grupo II, o apoio matricial acontecia de maneira precária com algumas categorias profissionais, limitando-se à discussão de casos e encaminhamentos. É comum a sensação de solidão, impotência e despreparo para lidar com a complexidade da saúde mental. Isso ocorre desde a dificuldade de entendimento da proposta até a falta de perfil do profissional responsável pelo apoio matricial, além das falhas na organização dos encontros por parte da gestão. A correta implantação do apoio matricial possui potencial a ser explorado no contexto brasileiro para se conseguir a verdadeira inclusão da assistência à saúde mental na atenção básica. Esse problema é enfrentado como dilema também por outros sistemas de saúde, como o chileno¹⁸ e o australiano.¹⁰ De 8% a 10% dos usuários das UBS faziam uso de antidepressivos e 7,5% de benzodiazepínicos sem distinção entre os dois grupos de UBS em estudo, dados semelhantes aos da literatura internacional.²² Foram relatados longos períodos de uso, com esparsas reavaliações e carência de ofertas terapêuticas alternativas. A ausência de seguimento clínico contínuo e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que utilizam psicotrópicos tendem a criar a prática de repetição de receitas, criticada pelos usuários.

Os trabalhadores declararam sentimentos de impotência diante da vulnerabilidade social e afirmaram realizar “tratamento paliativo”, o que pode produzir a medicalização do social. Essa prática foi questionada e criticada pelos trabalhadores do grupo I, porém sem conseqüências práticas, pois afirmaram não vislumbrarem alternativas para os inúmeros problemas sociais e pessoais dos usuários, exceto uso de medicamentos. A falta de preparo dos profissionais alocados na atenção primária pode ser um dos motivos da dificuldade em fortalecer e promover a saúde mental, assim como ocorre com psicólogos da atenção primária chilena.¹⁸ Conforme estudo mexicano para o tratamento de depressão, intervenções feitas por médicos de família da atenção primária podem ser efetivas quando recebem breve treinamento.¹¹

Os usuários mostraram baixa informação para decidir sobre o uso da medicação. Paradoxalmente, declararam assumir o controle do tratamento alterando doses e interrompendo tratamentos sem respaldo profissional. Soma-se a isso a dificuldade das equipes em estabelecer diálogo que possibilitasse a transmissão do conhecimento especializado de maneira acessível ao público. Em estudo qualitativo realizado em Chester e Manchester, foram identificados sentimentos de impotência entre pessoas com problemas crônicos de saúde e sensação de estarem “perdidas” no sistema de saúde entre aqueles com problemas leves/moderados de saúde mental, o sistema mais responsivo a casos de agudização ou com maior gravidade.²

Usuários da saúde mental disseram utilizar medicamentos sem saberem a duração e o porquê do tratamento. Buscaram informações sobre seus tratamentos em bulas e na internet por não se sentirem apoiados pelos seus médicos. Embora o tratamento nas UBS parecesse centrado na prescrição de psicofármacos, os usuários reconheceram a existência de outros tipos de tratamentos, como o atendimento psicológico, o Caps e/ou Centro de Convivência. Afirmaram que auxiliam mais que o próprio remédio e queixaram-se da alta rotatividade desses profissionais na rede.

Entre familiares de portadores de transtornos mentais graves e persistentes, o tratamento foi percebido como longo, desgastante e extremamente difícil nos dois grupos. Os familiares sentiram-se aliviados com a vinculação ao Caps, pois sabiam a quem recorrer em situações de urgência, podendo ser feito com um telefonema. O Caps parece ter melhor acolhimento e, possivelmente, maior grau de responsabilização que a atenção básica com essa população.

Implantação de estratégia de promoção à saúde

Não houve diferenças significativas entre a quantidade de atividades de grupo, envolvimento dos usuários e cobertura das demandas do território entre os grupos, mas observaram-se diferenças importantes entre as opiniões de trabalhadores, ACS e usuários dos serviços.

Para os trabalhadores, seu trabalho não era reconhecido. Trouxeram à tona sua complexidade, destacando que lidavam com problemas além da saúde, como: educação, moradia, desemprego, drogadição, entre outros. Queixaram-se da doença como foco principal do trabalho, com priorização dos casos graves, e da alta demanda. A assistência à saúde foi considerada fator de impedimento à realização de atividades de prevenção e promoção.

As parcerias entre as UBS e outros serviços da rede foram reconhecidas como importantes, principalmente em casos de grande vulnerabilidade social; mesmo com investimentos nessas parcerias, a intersetorialidade

parece estar longe de ser alcançada. Justificou-se o uso de escolas, igrejas, associação de bairros mais pela falta de espaço físico na Unidade do que pela integração com o território. Segundo os trabalhadores, a comunidade tem dificuldade em aderir aos espaços comunitários e aos grupos propostos devido à cultura do assistencialismo a que estão acostumados, o que pode sugerir representação congelada e preconceituosa da população sob seus cuidados.

Os ACS consideraram-se mais próximos da população do que os demais trabalhadores. Algo esperado, pois são necessariamente moradores da comunidade adscrita da UBS. Também referiram grande separação social entre os que vivem no território e os demais profissionais, o que pode refletir a cisão social existente na sociedade brasileira.

Trabalhadores, ACS e usuários reconheceram a existência de dispositivos de trabalho grupal, como oficinas, grupos terapêuticos e atividades comunitárias. Os grupos desenvolvidos fora das UBS ficavam sob responsabilidade dos ACS. Isso pode contribuir para a sensação de distanciamento da equipe pelos ACS e repercutir negativamente na prática da atenção primária ao isolar o conhecimento dos ACS sobre a clientela assistida. Os ACS do grupo I, por outro lado, sentiam-se integrados à equipe e afirmaram que suas contribuições eram aproveitadas na condução dos casos.

Os arranjos participativos que avaliamos (discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos, reunião de equipe regular, e outros) parecem ter efeito na integração dos ACS às equipes de saúde. Não foi possível provar sua eficácia clínica em função das limitações.

O curto tempo de prática de estratégias como Gestão Colegiada e apoio matricial pode ter contribuído para as poucas diferenças encontradas nos dois grupos. A rotatividade de profissionais nas UBS e de modelos de assistência à saúde a cada eleição municipal prejudica a continuidade das propostas. Entretanto, esses fatores não foram explorados neste estudo.

Apesar da escolha pela ESF, o sistema de saúde brasileiro não fornece às prefeituras delineamentos claros sobre estratégias para coordenação dos casos, seguimento longitudinal e regulação do sistema, como é consenso em outros sistemas universais mundiais.^{9,12,20} É necessário investir em estratégias inovadoras para que serviços fragmentados funcionem de forma coordenada e abrangente e desempenhem a função de prevenção na comunidade.

Usuários dos dois grupos destacaram a importância da implantação de estratégias que qualifiquem a assistência, como conhecer os profissionais, a crítica à rotatividade dos médicos e a inconformidade com as filas. Os trabalhadores também reconheceram essa necessidade ao se questionarem sobre a inadequação da cultura instituída, denominada “troca de receitas”.

Essa modalidade de atenção parece ter começado para garantir a continuidade do tratamento. No entanto, é apontada como ruim pelos profissionais e pelos usuários da saúde mental. Existe correlação positiva entre o grupo com maior implantação de arranjos e estratégias inovadores e a percepção de melhora na assistência referida pelos usuários e trabalhadores, inclusive ACS.

Concluindo, apresentamos sugestões para fortalecer a formulação de políticas públicas na Atenção Primária das grandes cidades brasileiras. São necessários o desenvolvimento e a implantação de mecanismos de fixação de profissionais na Atenção Básica nas grandes cidades. Os ACS são imprescindíveis para viabilizar o trabalho territorial proposto pela ESF, e deve-se cumprir

a meta de ACS previstos na portaria ministerial, utilizando mecanismos de integração destes às equipes de saúde para contrabalançar a tendência ao isolamento. Os arranjos pesquisados mostraram-se potentes para produzir essa integração.

Também é preciso promover a organização da assistência em saúde mental nas UBS, implantando avaliações de risco e dispositivos de intervenção oportunos para a alta prevalência desses transtornos. Isso evitaria a redução dos tratamentos ao uso continuado de medicação. O apoio matricial mostra-se capaz de promover a integração da equipe de saúde mental à equipe do PSF, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde quando adequadamente implantado.

REFERÊNCIAS

1. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(2):145-67. DOI:10.1097/JCN.0b013e3181ec1337
2. Campbell SM, Gately C, Gask L. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illn*. 2007;3(1):46-65. DOI:10.1177/1742395307079193
3. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 1999;4(2):393-403. DOI:10.1590/S1413-81231999000200013
4. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 1994.
5. Everitt B. Cluster analysis. London; Heinemann Educational for the Social Science research Council; 1974. (Reviews of Current Research, 11).
6. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2671-80. DOI:10.1590/S0102-311X2008001100022
7. Gadamer H-G. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
8. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia (Ribeirão Preto)*. 2002;12(24):149-61. DOI:10.1590/S0103-863X2002000300004
9. Grant CC, Forrest CB, Starfield B. Primary care and health reform in New Zealand. *N Z Med J*. 1997;110(1037):35-9.
10. Johnson C. Managing mental health issues in general practice. *Aust Fam Physician*. 2007;36(4):202-5.
11. Lara-Munoz MD, Robles-Garcia R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Ment*. 2010;33(4):301-8.
12. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997;41(2):121-37.
13. Milstein B, Homer J, Hirsch G. Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model. *Am J Public Health*. 2010;100(5):811-9. DOI:10.2105/AJPH.2009.174490
14. Minayo MCS, Assis SG, Ramos de Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
15. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1090-6. DOI:10.1590/S0034-89102008005000052
16. Onocko-Campos R, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(4):2051-8. DOI:10.1590/S1413-81232011000400004
17. Ricoeur P. Interpretação e ideologias. 4 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
18. Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(3):149-59. DOI:10.1590/S1020-49892007000800001
19. Sjöström M, Karlsson AB, Kaati G, Yngve A, Green LW, Bygren LO. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective application of principles of learning and lifestyle change. *Eur J Clin Nutr*. 1999;53(Suppl 2):S72-7.
20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
21. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):1030-6. DOI:10.1377/hlthaff.2010.0002
22. Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N. Estudios de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(5):239-45.
23. Wright J, Harrison S, McGeorge M, Patterson C, Russell I, Russell D, et al. Improving the management and referral of patients with transient ischaemic attacks: a change strategy for a health community. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(1):9-12. DOI:10.1136/qshc.2005.014704

Pesquisa financiada pelo Programa de Pesquisa em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, convênio Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Sistema Único de Saúde (Processo nº 61411-4).

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.