



REFLEXIONES - ENSAYOS

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM BRASIL. SALUD MENTAL EN SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN BRASIL.

***De Andrade, S. R., **Büchele, F., ***Gevaerd, D.**

*Enfermeira. Professora da Universidade do Vale do Itajaí. **Doutora en Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. ***Enfermeira Especialista en UTI do Hospital São José – Jaraguá do Sul - Santa Catarina. Brasil.

Palavras chaves: Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Serviços Básicos de Saúde

Palabras clave: Salud mental, salud de la familia, servicios básicos de salud.

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre reorientação do modelo de assistência à saúde no país, em especial à saúde mental, bem como as possibilidades de desenvolvimento de práticas de atenção à saúde mental junto à estratégia de saúde da família. Tem por objetivo delinear características da atenção básica à saúde e sua relação com a saúde mental e destacar elementos relevantes para a compreensão da Estratégia de Saúde da Família como eixo de integração com a saúde mental na rede básica de serviços de saúde. Finaliza com a apresentação de uma experiência desenvolvida com portadores de depressão junto ao PSF em um centro de saúde de um município da Grande Florianópolis – SC - Brasil.

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre la reorientación del modelo de asistencia a la salud en el país, en especial en el área de salud mental. Analiza las posibilidades de desarrollar prácticas de atención a la salud mental conjuntamente con las estrategias propias del programa de salud de la familia. El objetivo es señalar las características de la atención básica a la salud y su relación con la salud mental así como destacar elementos relevantes para la comprensión de la Estrategia de Salud de la Familia como eje de integración con la salud mental. Será analizada una experiencia desarrollada con pacientes de depresión atendidos junto al PSF en un centro de salud de un municipio de la Gran Florianópolis – SC - Brasil.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, encontrados em todos os processos que visam mudanças na prática assistencial, social, cultural e profissional. No campo da assistência em saúde mental, especificamente, diversas situações encontradas no cotidiano da prática permitem avaliar o atual momento da reforma e a necessidade de implementação de medidas incrementadoras em nível local.

Ocorre ainda um número significativo de pessoas institucionalizadas num prazo maior de um ano. Algumas estimativas consideram que mais de um terço das pessoas internadas encontram-se nesta situação, quer pela ausência ou fragilidade de laços sociais, quer pela ausência ou insuficiência de processos de reabilitação psicossociais. A violação dos direitos humanos tem sido freqüentemente constatada em diversas vistorias realizadas.¹

A aplicação de recursos financeiros tem sido alocada majoritariamente na assistência hospitalar, correspondendo aproximadamente 90% do total de recursos. Finalmente, a criação dos serviços substitutos ao hospital psiquiátrico no cenário da atenção básica em saúde mental, embora seja crescente e represente um dado significativo do processo de reforma, é ainda absolutamente insuficiente do ponto de vista quantitativo e das próprias necessidades de demanda.²

Redimensionar um modelo de atenção em Saúde Mental, de forma que ele esteja em sintonia com as novas concepções de saúde defendida pelo SUS, requer no mínimo um movimento constante de reflexão direcionado a uma ação prática.

De acordo com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, as políticas que deverão ser desenvolvidas nessa área devem ser consideradas como prioridade de saúde pública no país e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação inserida nos respectivos planos municipais de saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade. A reorientação desse modelo assistencial deve estar em consonância com uma concepção de saúde como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase primordial em ações integrais e promocionais de saúde.

Saúde Mental é um conceito complexo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde – doença³. O conceito de Saúde Mental congrega as noções da "condição desejada de bem-estar dos indivíduos" e das "ações necessárias que possam determinar essa condição". Mas pode ser consenso que "pessoas emocionalmente saudáveis compreendem que não são perfeitas e, podem ser tudo para todos". Ela vivenciam uma vasta gama de emoções, tem alegria, amor, satisfação, mas tem também momentos de tristeza, raiva, frustração e depressão.⁴

Atualmente são quatrocentos milhões de pessoas no mundo que sofrem de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos. Além do sofrimento e da falta de cuidados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha, a exclusão e com muita freqüência a morte.⁵

Estima-se em 20% a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira. Pesquisas epidemiológicas em diferentes regiões brasileiras encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam entre 19 e 34 %, dados que

ainda são representativos nos dias de hoje.⁶ Dentre os transtornos mentais, a depressão merece destaque enquanto problema de saúde pública, considerando sua multicausalidade e a frequência com que essa queixa aparece nas unidades de saúde.

O I levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 e publicado em sua essência em 2002, pesquisando as 107 maiores cidades brasileiras, representando 41,3% da nossa população, revelou a realidade do Brasil, agora autenticada pela sua população. A publicação dessa pesquisa refere que a prevalência do uso na vida de qualquer droga psicotrópica tem bastante variação, tanto em relação ao sexo quanto em relação à faixa etária. Verificou-se que 19,4% dos entrevistados já usaram algum tipo de droga, o que corresponde a uma população estimada em 9.109.000 pessoas, excluindo-se da análise álcool e tabaco. As porcentagens de uso na vida foram as seguintes: em primeiro lugar a maconha, com 6,9%, seguida dos solventes, com 5,8%. No outro extremo, observam-se poucos relatos do uso de heroína, que perdem a precisão dos resultados quando são expandidos. Quanto ao uso na vida do álcool nas 107 maiores cidades é bem maior para o sexo masculino (77,1%) do que para o feminino (60,6%). No total há uma estimativa de 11,2% de dependentes de bebida alcoólicas, sendo 17,1% para o sexo masculino e 5,7 para o feminino. O uso na vida de tabaco, constatado nesse levantamento, foi de 41,1% no total, sendo 46,2% para o sexo masculino e 36,3% para o feminino.⁷

Não é somente um aspecto da realidade do indivíduo que será suficiente para desencadear uma perturbação psíquica ou uma depressão, mas sim um conjunto de fatores, ambientais, sociais ou exógenos que podem influenciar um determinado momento da vida. Existem ainda poucas experiências de atenção básica de saúde aos doentes mentais, na região da Grande Florianópolis, mesmo considerando o Programa de Saúde da Família.

Assim sendo, este estudo utilizou uma experiência realizada com portadores de depressão moradores numa área de abrangência de um centro de saúde na Grande Florianópolis, buscando responder ao seguinte questionamento: **Como se dá a inserção de práticas voltadas à saúde mental no contexto da atenção básica de saúde?**

Nesse sentido, este trabalho propõe-se a levantar alguns tópicos importantes que, sem esgotar o assunto, buscam refletir sobre a reorientação do modelo de assistência à saúde no país, enfatizando os princípios de acessibilidade e de integralidade, bem como as possibilidades de desenvolvimento de práticas de atenção à saúde mental junto à estratégia de saúde da família. As reflexões são desenvolvidas em 4 tópicos, sendo o primeiro relativo ao modelo assistencial; o segundo, sobre características da atenção básica à saúde e sua relação com a saúde mental; o terceiro sobre a Estratégia de Saúde da Família como eixo de integração com a saúde mental; por último apresenta uma experiência desenvolvida junto ao PSF em um centro de saúde.

SAÚDE MENTAL E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

As edições das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) têm originado propostas que vão ao encontro das diretrizes de reorganização do modelo de assistência à saúde delimitados no SUS, destacando, em particular, formas inovadoras de assistência psiquiátrica, que levam em conta os direitos humanos e a questão da cidadania.

Na I CNSM, realizada em 1987, evidenciou-se a natureza do impasse colocado no campo da assistência psiquiátrica no país. Ficou clara a necessidade de superação do

modelo assistencial hospitalocêntrico, predominantemente baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado de alto custo, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos fundamentais.

Em 1992, durante a realização da II CNSM, destacaram-se os resultados obtidos em eventos político-científicos fundamentais para o campo da saúde e da reforma psiquiátrica. Entre eles é importante citar as novas propostas teóricas e éticas para a reforma psiquiátrica (II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, 1987); a “Declaração de Caracas” e os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental (Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, promovida pela OPAS em 1990).

A III CNSM, realizada em 2001, cujo tema principal tratou da “Reorientação do Modelo Assistencial”, indicou a urgência de uma reavaliação do modelo atual e a necessidade de propostas, metas e estratégias que efetivamente possam consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial, que seja “mais humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social”²

Recentemente, as diversas iniciativas realizadas vêm dando importante contribuição para a reorientação do modelo de assistência à saúde, em particular, à saúde mental. Além do desenvolvimento de inúmeras experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção em saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma, merece destaque a criação de novos modelos assistenciais como CAPS, NAPS, CAIS-Mental, CERSAM, Oficinas Terapêuticas, Hospital-Dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centro de Convivências, inclusão da saúde mental na atenção básica e no PSF, Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projeto de Intervenção Cultural. Os processos de vistoria, fiscalização e credenciamento dos hospitais psiquiátricos constituem importante fonte de informação de controle e gestão dos objetivos da reforma, tanto quanto os debates e resoluções oriundas da criação das Comissões Nacionais e Estaduais de reforma psiquiátrica e em saúde mental vinculadas às instâncias de controle social do SUS.

A reorientação do modelo assistencial, especialmente aliada ao componente da saúde mental, é um processo complexo e lento, porém fundamental para dar conta das demandas populacionais. Contudo, dentre os princípios formalmente determinados pela política nacional de saúde, dois deles têm repercussão direta na associação entre saúde mental e atenção básica: a acessibilidade e a integralidade.

Essa foi uma das questões mais importantes levantada na III CNSM²: o cuidado em saúde mental está ao alcance daqueles que dele necessitam? A resposta encontrada foi que, de maneira geral, não. Estima-se que 12% da população necessitam de alguma forma hoje de um atendimento psiquiátrico.

O modelo hospitalocêntrico além de ser ineficaz e de favorecer o isolamento e a segregação, tem como outro ponto negativo o baixo acesso da população ao atendimento e hoje concentra os recursos financeiros de aproximadamente de 89% dos recursos do SUS para a psiquiatria e sem contar o baixo número de atendimento. No atendimento extra-hospitalar e comunitário, foi institucionalizada a rede do CAPS, que conta com cerca de 275 serviços, o que é extremamente reduzido face às estatísticas existentes. A ampliação desta rede já foi concebida por contingente populacional, ou seja, cada grupo de 70.000 habitantes deve contar com pelo menos um CAPS ou serviço equivalente (ambulatorios integrais, serviço universitário e outros).⁸ Porém é importante que, aliados aos CAPS, sejam implantados serviços de atenção diária com abrangência menor que o CAPS (entre 20.000 e

60.000 habitantes), além de hospitais gerais capacitados para internações de curta duração. Um aspecto fundamental a ser considerado, no entanto, diz respeito aos municípios com menos de 20.000 habitantes, que devem contar com serviços de atenção básica em saúde mental, como a rede básica, o Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O outro princípio de orientação do modelo de assistência à saúde diz respeito à integralidade, ou seja, as ações e serviços de saúde (preventivos e curativos, individuais e coletivos) funcionam como um conjunto articulado capaz de atender a todos os tipos de transtornos (físicos e mentais), em todos os níveis de complexidade do sistema. Um dos maiores problemas enfrentados com relação à integralidade, além da forte influência do modelo tradicional de cuidado, está a dificuldade dos profissionais em renunciar o desempenho de "um" papel específico. Em geral são especialistas, cujo exercício de compartilhar saberes é muito difícil.^{6,9}

A ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE MENTAL

A história recente da Saúde Pública brasileira tem sido escrita com o movimento da reforma sanitária, cujo marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesta Conferência foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988, demarcando, legalmente, um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente.

A organização dos serviços de saúde sofreu profundas alterações a partir da constituição do Sistema Único de Saúde em 1990. Além dos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), foram instituídos os princípios que regem sua organização, dentre eles a regionalização e hierarquização; a resolubilidade; a descentralização e o comando único; a participação dos cidadãos; e complementaridade do setor privado.¹⁰ Uma breve revisão do processo de implantação do SUS é apresentada por diversos autores, que discorrem sobre concepções de Estado, Políticas Públicas, relatando a história dos serviços de saúde no Brasil e o sentido político do SUS; marcos históricos das políticas de saúde no País e os princípios do SUS; e que analisam a trajetória histórica, as políticas de saúde e a organização de serviços desta área no Brasil.^{11,12,13}

A Atenção Básica constitui o primeiro contato de indivíduos, família e comunidades com o Sistema Nacional de Saúde trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Ela é definida também como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.¹⁴

A atenção básica é uma denominação utilizada no Brasil, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) designando uma abordagem assistencial que corresponderia ao que se tem chamado na literatura internacional de atenção primária de saúde. Esta elaboração conceitual está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com a concepção redutora desse nível de atenção, concepção que compreende a atenção primária como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica primária de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações. Sistemas orientados por atenção básica estão associados a menor custo, maior satisfação da população, melhores

níveis de saúde e menos uso de medicamentos. Além dessas evidências, a estruturação de sistemas de serviços de saúde com base em atenção básica é uma exigência das concepções modernas dos sistemas integrados dos serviços de saúde.^{15,16}

Compreende-se que é no serviço local de saúde, no espaço do distrito sanitário, a partir da rede básica de serviços, que se estabelece o vínculo entre o profissional e o usuário, e a possibilidade de resolução dos problemas de saúde.¹⁷ A Atenção Básica, portanto, consiste em um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.¹⁸

As ações de atenção básica têm sido incrementadas, em nível local, com o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, um Programa do Ministério da Saúde criado com o intuito de integrar e organizar as atividades em uma área delimitada, com vistas à criação de compromissos compartilhados entre os serviços e a população. A ênfase na atenção básica, por meio da estratégia Saúde da Família, possibilita à população a cobertura por esse nível de atenção, situação praticamente inexistente até meados dos anos noventa.¹⁹ É sob esse enfoque que se encontram, atualmente, as propostas e os modelos de atendimento em Saúde Mental, respaldadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental. É pela inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica que será possível encontrar um caminho para superar o grave problema da acessibilidade em saúde mental.²

SAÚDE MENTAL E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Na implementação da política de saúde, o Ministério da Saúde tem se pautado por três grandes eixos: no plano administrativo, a descentralização; no plano assistencial, os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários; e, no plano político, o controle social.

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde no plano assistencial, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estruturante dos sistemas municipais de saúde. É nesse plano que se encontra o grande desafio do setor: implementar novas práticas de atenção à saúde que de fato garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos.

A ênfase na implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível desenvolver novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”.^{20:9}

O sucesso dessa estratégia depende da crescente parceria entre os três níveis governamentais, juntamente com a própria população. “O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”^{21:7}

Com o objetivo contribuir com a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, a estratégia Saúde da Família estimula uma nova forma de atuar nas unidades básicas de saúde. A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida.²² Desta forma, a família foi eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde. Para dar conta desse novo objeto de atenção, está em questão a importância de que toda a equipe de saúde perceba a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivo, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos-cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar.²³

SAÚDE MENTAL E A REDE BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA COM PORTADORES DE DEPRESSÃO JUNTO AO PSF

A experiência foi desenvolvida junto a um Centro de Saúde localizado em um município da Grande Florianópolis, como parte de um trabalho acadêmico.²⁴ O Centro de Saúde estudado dispõe de três equipes do PSF, totalizando 3 médicos, 3 enfermeiras, 6 auxiliares e 4 técnicos de enfermagem, além de dois dentistas, um pediatra, um ginecologista e uma enfermeira coordenadora. A área de abrangência é de aproximadamente de 3.400 famílias, distribuídas entre as três equipes do PSF. Foram selecionados 45 pessoas com diagnóstico de depressão para participarem da pesquisa, das quais a grande maioria era composta por mulheres (31 = 69%). A faixa etária predominante foi a de 40 a 59 anos (42%), seguida da faixa de 20 a 39 anos (40%). As pessoas acima de 60 anos totalizaram 16% dos pesquisados. As demais faixas apresentaram um percentual inexpressivo (2%). Dentre as pessoas selecionadas, 7(sete) pessoas diagnosticadas de depressão foram entrevistadas.

A pesquisa configurou-se do tipo qualitativa, uma vez que utilizou o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; entendendo que o significado dado pelas pessoas à sua vida é foco de atenção especial, tendo por preocupação muito mais o processo do que o produto. Consistiu um estudo do tipo multicase, que envolveu dois ou mais sujeitos, neste contexto, pessoas sofredores de depressão. Assim configurou-se população de estudo os usuários depressivos que vivem na área de abrangência do Centro de Saúde em questão.

Os dados foram coletados através de pesquisa bibliográfica e de campo, junto às equipes do PSF do Centro de Saúde. As coletas dos dados foram realizadas em cinco etapas:

- 1) identificação do quantitativo de pessoas portadoras de depressão na área de abrangência do Centro de Saúde, por meio de consulta aos prontuários, fornecidos pelas três equipes do PSF. Com base nesse levantamento, foram selecionadas 10 pessoas para serem entrevistadas;
- 2) aplicação de questionário segundo roteiro pré-elaborado. Nesta etapa também foi utilizada a técnica de observação participante, com vistas a captar uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não são obtidos somente através da entrevista;
- 3) aplicação de entrevista do tipo aberta, estimulando a conversação para, a partir da fala do entrevistado, formular novas perguntas, de modo a obter informações que impossíveis de serem coletadas somente através do questionário;

- 4) visita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de outro município, que serviu de aporte para condução das propostas de implantação de um grupo de auto-ajuda no Centro de Saúde em questão;
- 5) visitas domiciliares aos portadores de depressão com o objetivo de buscar sua participação nos grupos de auto-ajuda.

As informações foram registradas diariamente. O registro foi feito de forma descritiva e narrativa das experiências, idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades e facilidades que apareceram durante as coletas de informações. Esses dados serviram como fonte de informações, durante a interpretação e análise dos dados.

A pesquisa seguiu os rigores da ética com relação à obtenção de informações, de fonte primária, junto às pessoas pesquisadas, obedecendo às exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. O processo da pesquisa iniciou-se somente após ter sido apresentado às participantes uma ampla explicação sobre o propósito da pesquisa, durante a qual foram assegurados: o direito de recusa em participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades das participantes. Desse modo, as informações fornecidas pelas participantes permanecem absolutamente confidenciais. Para a realização das entrevistas foi solicitada a cada participante uma autorização formal, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nota-se uma prevalência da doença maior nas mulheres, o que confere com a literatura especializada. A faixa etária de 40 a 59 anos apresentou a maior prevalência da doença (57% da população pesquisada), seguida da faixa etária de 20 a 39 anos (29%). Os demais portadores de depressão estavam com idade superior a 60 anos. É importante destacar que se faz necessária uma atenção especial aos pacientes depressivos na chamada idade madura (acima dos 45 anos nos homens e 55 nas mulheres), devido ao fato dessas pessoas fazerem parte do grupo de risco para suicídios. Esta faixa compõe cerca de 25% dos suicídios cometidos, equivalendo a 10% da população em geral.²⁵

Os portadores de depressão freqüentam o Centro de Saúde desde sua inauguração, porém somente 03 utilizam Centros de Saúde da Grande Florianópolis, seguindo tratamento com um profissional especializado (psiquiatra e neurologista). Os demais não estavam utilizando nenhum serviço especializado no momento da pesquisa. Todos os entrevistados aceitaram participar do grupo de auto-ajuda proposto, indicando que a pessoa depressiva necessita de modalidades terapêuticas coletivas. Isso pode ser confirmado com o fato de que a maioria relatou não ter qualquer atividade que lhe traga algum benefício com relação ao problema mental. Poucos relataram que trabalhar ou mesmo ir à igreja são atividades que ajudam a se sentirem úteis e não tão sozinhos.

As pessoas portadoras de depressão entrevistadas relataram conhecer muito pouco ou quase nada sobre a sua doença, quer seja a respeito dos sintomas, quer seja sobre o início do processo. Contudo, mudanças de comportamento, principalmente leves e moderadas, foram notadas e relatadas pelos entrevistados. Em geral as mudanças leves e moderadas de comportamento levaram as pessoas a sentirem-se deprimidas, porém devido às contingências, continuam trabalhando e saindo de casa. Apenas um caso destacou-se com mudanças mais acentuadas, levando a pessoa a preferir o isolamento quase que total, com falta de vontade de viver.

A partir das entrevistas buscou-se desenvolver ações para implantação de um grupo de auto-ajuda a portadores de depressão nas dependências do Centro de Saúde, juntamente com as equipes do PSF. O modelo que deu origem à proposta foi o CAPS situado em um município pólo regional, que, em parceria com a universidade, desenvolve além de outras atividades, reuniões com mais de 15 tipos de grupos, dentre os quais os de depressão, de esquizofrenia e de dependentes químicos. O grupo de depressão ocorre mensalmente com duração de aproximadamente de uma hora, sendo acompanhada por um psiquiatra e uma assistente social ou enfermeira. O que impressionou no relato dos usuários foi o fato de saberem como lidar com a doença e a ajuda que prestavam uns aos outros. Desde pessoas recém chegadas até as que já participavam há mais de dois anos. Como estímulo para evitar o não abandono do tratamento, todos os usuários recebiam os seus remédios, oferecidos pelo Programa.

No Centro de Saúde em questão, foram criados dois grupos de auto-ajuda, a partir dos convites feitos nas visitas domiciliares, incluindo os participantes da pesquisa. Esse é um passo importante na busca de soluções para pessoas portadoras de distúrbio depressivo em nível local de atenção à saúde, já que tais usuários apresentam dificuldade no relacionamento com pessoas diferentes do seu convívio. Esta mobilização, mesmo que por curto período de tempo, mostrou-se importante e terapêutica para o grupo. Em geral, o tratamento oferecido pelo Centro de Saúde aos portadores de distúrbios depressivos e aos doentes mentais é realizado por clínicos, de natureza basicamente medicamentosa. Embora necessário, o tratamento medicamentoso é dos apoios terapêuticos e apenas mais um complemento para o atendimento do usuário na sua integralidade. Quando mal administrado pode causar dependência e tornar os portadores em pacientes depressivos crônicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem, ainda, divergências quanto à pertinência e eficácia do Programa Saúde da Família – PSF no campo da saúde mental em Santa Catarina e no Estado brasileiro como um todo. Contudo, o consenso levará algum tempo para ser atingido, considerando o avanço de sua compreensão enquanto estratégia, e que, para a área de saúde mental não há contradição com seus postulados entre os formuladores da política da Reforma Psiquiátrica.⁹ A inserção de práticas voltadas à saúde mental no contexto da atenção básica de saúde, a partir do PSF promove o princípio da integralidade e da acessibilidade numa noção do problema enquanto conjunto, aí incluídos o indivíduo, sua família e seu meio social.

O processo de implantação do PSF admite vários momentos, com maior ou menor sustentabilidade, indo de uma transição intermediária até a uma consolidação definitiva. A situação da atenção básica à saúde mostra que ainda há muito que melhorar. Esta melhoria está na dependência dos obstáculos à implantação do PSF, através de estratégias eficazes nos níveis diferentes de governo. Entende-se que a melhoria da atenção básica no Brasil, incluindo a atenção a saúde mental nesse nível de complexidade, não será alcançada sem uma liderança forte dos gestores públicos de saúde, o que implica um esforço de incremento de suas capacidades institucionais.¹⁶

No Centro de Saúde pesquisado, apesar das limitações, ainda permanece em funcionamento o grupo proposto, cujas atividades têm sido desenvolvidas com o apoio de uma universidade. As mudanças ocorridas no Centro de Saúde, ainda que incipientes, contam a colaboração dos profissionais, ao menos na reflexão e no questionamento implícito

sobre que tipo de atendimento é oferecido aos usuários doentes mentais. Há um empenho no sentido de tentar modificar esta realidade que, embora as dificuldades sejam de várias ordens, o ponto favorável reside no fato de que os portadores de distúrbios mentais já estão familiarizados com os profissionais do PSF e com a rotina do Centro de Saúde. Essa familiaridade pode provavelmente facilitar a implementação dos grupos de auto-ajuda aos pacientes depressivos e de outros que possam ser identificados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Poder Legislativo Câmara dos Deputados, Comissão de Direitos Humanos Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, 2000.
2. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em < <http://www.saudemental.med.br/IIIC.htm> > Acessado em 16 de maio de 2002.
3. Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, TE CORÁ, 2001.
4. Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Atenção Básica à Saúde - Serviço de Saúde Mental. Saúde Mental: ajudando a si e aos outros. Florianópolis – Folder Educativo, s.d.
5. Organização Pan-Americana da Saúde, Dia mundial da saúde - saúde mental: cuidar, sim, excluir, não. 2001.
6. Alves DSN. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias. In: Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica p. 197- 204. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
7. Carlini, EA, Galduróz, JC, Noto, AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, 2002. p 380.
8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.
9. Alves DS, Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. Disponível em http://www.lappis.org.br/public_domingos1.htm. Acessado em 16 de abril de 2004..
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. Manual da Organização da Atenção Básica. 1999.
11. Almeida ES, Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (orgs) Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: EDUSP, 2001.
12. Cunha, JPP, Cunha, RE Sistema Único de Saúde: princípios. In: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. (tema 12).

13. Cohn, A, Elias, PE Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001
14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde. Brasília – DF, 2000.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica. Ano III, nº 16-Abril de 2003.
16. Mendes, E V, A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
17. Mendes, E V. Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. Manual da Organização da Atenção Básica. 1999.
19. Marques, R M, Mendes, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*. 2002, 18 (suppl.):165-71
20. BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, 2000b.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
22. Costa Neto, MM. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. *Olho Mágico*, v. 6, n. 22, pp.5 - 9, 2000.
23. Oliveira, MAF, Colvero, L.A. A Saúde Mental no Programa Saúde da Família. Disponível em <http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem>. Acessado em dezembro de 2001.
24. Martins, DA. Depressão: um estudo realizado junto ao Programa de Saúde da Família. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2002.
25. Kaplan, HI. Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais – Psiquiatria Clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ISSN 1695-6141

© **COPYRIGHT** Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia