



REFLEXIONES - ENSAYOS

SALUD MENTAL EN SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN BRASIL.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM BRASIL.

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

*Enfermera. Profesora de la Universidad del Vale de Itajaí. **Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta de la Universidad Federal de Santa Catarina. ***Enfermera Especialista en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital São José – Jaraguá do Sul - Santa Catarina. Brasil.

Palabras clave: Salud Mental, Salud de la Familia, Servicios Básicos de Salud.

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

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.

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.

INTRODUCCIÓN

La reforma psiquiátrica fue y ha sido un espacio marcado por tensiones, avances y resistencias, construcciones y dificultades, encontrados en todos los procesos que pretenden introducir cambios en la práctica asistencial, social, cultural y profesional. En el campo de la asistencia a la salud mental, específicamente, diversas situaciones encontradas cotidianamente en la práctica permiten evaluar el actual momento de la reforma y la necesidad de implementación de medidas auxiliares que surgen a nivel local.

Aún existe un número significativo de personas institucionalizadas por un plazo mayor de un año. Algunas estimativas consideran que más de un tercio de las personas internadas se encuentran en esta situación, ya sea por ausencia o fragilidad de lazos sociales, ya sea por la ausencia o insuficiencia de instancias de rehabilitación psicosocial. La violación de los derechos humanos ha sido frecuentemente constatada en diversos estudios realizados.¹

La aplicación de recursos financieros ha sido destinada mayoritariamente a la asistencia hospitalaria, correspondiendo aproximadamente al 90% del total de los recursos. Finalmente, la creación de los servicios que sustituyen al hospital psiquiátrico en la atención básica en salud mental, aunque sea creciente y aunque represente un dato significativo del proceso de reforma, es aún absolutamente insuficiente desde el punto de vista cuantitativo y de las propias necesidades y demandas.²

Redimensionar un modelo de atención en Salud Mental, de forma que pueda estar en sintonía con las nuevas concepciones de salud defendida por el SUS, requiere un movimiento constante de reflexión dirigido a la práctica cotidiana.

De acuerdo con la III Conferencia Nacional de Salud Mental, las políticas que deberán ser desarrolladas en esa área deben ser consideradas como prioridad de salud pública en el país, en los estados y en los municipios. Será necesario desarrollar una política de salud mental en el contexto del SUS integrada a los diferentes planes municipales de salud, respetando las necesidades, la realidad y el perfil epidemiológico de cada localidad. La reorganización de ese modelo asistencial debe estar en consonancia con una concepción de salud como proceso, esto es, orientada hacia una perspectiva de producción de calidad de vida, con énfasis prioritario en acciones integrales y de promocionales de salud.

Salud Mental es un concepto complejo en la medida en que debe considerar las dimensiones psicológicas y sociales de la salud y los factores psicosociales que determinan el proceso salud-enfermedad.³ El concepto de Salud Mental congrega las nociones de la "condición deseada de bienestar de los individuos" y de las "acciones necesarias que puedan determinar esa condición". Por otra parte, personas emocionalmente saludables comprenden que no son perfectas, viven una inmensa gama de emociones, sienten alegría, amor, satisfacción, pero también momentos de tristeza, rabia, frustración y depresión.⁴

Actualmente son cuatrocientos millones de personas en el mundo las que sufren de perturbaciones mentales y neurológicas o problemas psicológicos. Además del sufrimiento y de la falta de cuidados, esas personas viven el estigma, la vergüenza, la exclusión y con mucha frecuencia, la muerte.⁵

Se estima en un 20% la prevalencia global de trastornos mentales en la población brasileña. Investigaciones epidemiológicas en diferentes regiones brasileñas encuentran demandas por cuidado psiquiátrico que varían entre 19 y 34 %, datos que aún son

representativos en los días de hoy.⁶ Entre los trastornos mentales, la depresión destaca como problema de salud pública, considerando su multicausalidad y la frecuencia con que aparece en las unidades de salud.

El primer estudio Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas en Brasil, realizado en 2001 y publicado en 2002, investigando las 107 mayores ciudades brasileñas, que representan el 41,3% de nuestra población, reveló la realidad de Brasil. La publicación de ese estudio indica que existe una gran variación en el uso de drogas psicotrópicas, tanto en lo que se refiere al sexo como en relación a la faja etaria de la población estudiada. Se verificó que 19,4% de los entrevistados ya usaron algún tipo de droga, lo que corresponde a una población estimada de 9.109.000 personas, excluyéndose del análisis alcohol y tabaco. Los porcentajes de uso de drogas en la vida cotidiana fueron las siguientes: en primer lugar la marihuana, con 6,9%, seguida de los solventes, con 5,8%. En el otro extremo, se observan pocos relatos del uso de heroína, datos que se tornan imprecisos cuando son expandidos. En cuanto al uso de alcohol en las 107 mayores ciudades, se comprobó que es mayor en el sexo masculino (77,1%) que en el femenino (60,6%). En total hay una estimativa del 11,2% de dependientes de bebida alcohólicas, siendo 17,1% para el sexo masculino y 5,7 para el femenino. El uso de tabaco, constatado en esa investigación, fue del 41,1% en el total, siendo 46,2% para el sexo masculino y 36,3% para el femenino.⁷

No será suficiente un aspecto de la vida del individuo para desencadenar una perturbación psíquica o una depresión, sino un conjunto de factores, ambientales, sociales o exógenos que pueden influir en un determinado momento de la vida.

Existen pocas experiencias de atención básica de salud dirigida a los enfermos mentales, en la región de la Gran Florianópolis, incluso considerando el Programa de Salud de la Familia. Con este estudio pretendemos reflexionar sobre una experiencia realizada con portadores de depresión que habitan en el área de alcance de un centro de salud situado en la Gran Florianópolis, intentando responder a la siguiente pregunta: **¿De qué modo se insertan las practicas referidas a la salud mental en el contexto más amplio de la atención básica en salud?**

En ese sentido, este trabajo se propone analizar algunos tópicos importantes que, sin agotar el asunto, buscan reflexionar sobre la reorientación del modelo de asistencia a la salud en el país, enfatizando los principios de accesibilidad y de integralidad, así como las posibilidades de desarrollo de prácticas de atención a la salud mental junto a la estrategia de salud de la familia.

Las reflexiones son desarrolladas en 4 tópicos, siendo el primero referido al modelo asistencial; el segundo, a las características de la atención básica a la salud y su relación con la salud mental; el tercero a la Estrategia de Salud de la Familia como eje de integración con la salud mental; y por último, se presenta una experiencia desarrollada junto al PSF en un centro de salud.

SALUD MENTAL Y REORIENTACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Las ediciones de las Conferencias Nacionales de Salud Mental (CNSM) han originado propuestas que van al encuentro de las directrices de reorganización del modelo de asistencia a la salud delimitados por el SUS, destacando, en particular, formas innovadoras

de asistencia psiquiátrica, que consideren prioritariamente el respeto a los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía.

En la I CNSM realizada en 1987, se evidenció la naturaleza del impasse en el que se encontraba el campo de la asistencia psiquiátrica en el país. Quedó clara la necesidad de superación del modelo asistencial hospitalocéntrico, predominantemente basado en el modelo médico psiquiátrico, considerado su alto costo, ineficacia y el hecho de ser claramente iatrogénico y de violar los derechos humanos fundamentales.

En 1992, durante la realización de la II CNSM, se destacaron los resultados obtenidos en eventos político-científicos fundamentales para el campo de la salud y de la reforma psiquiátrica. Entre ellos es importante destacar las nuevas propuestas teóricas y éticas para la reforma psiquiátrica que aparecen en el II Encuentro Nacional de Trabajadores en Salud Mental, en Bauru, 1987; en la “Declaración de Caracas” y en los procesos de reorientación del modelo de atención psiquiátrica y de salud mental propuesto en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica, promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) en 1990.

La III CNSM, realizada en 2001, cuyo tema principal fue la “Reorientación del Modelo Asistencial”, indicó la urgencia de una reevaluación del modelo actual y la necesidad de propuestas, metas y estrategias que efectivamente puedan consolidar un modelo de atención en salud mental totalmente sustitutivo al manicomial, que sea “más humano, eficaz, de amplio acceso, de calidad, ciudadano y con control social”²

Recientemente, las diversas iniciativas realizadas, vienen dando una importante contribución para la reorientación del modelo de asistencia a la salud, en particular, a la salud mental. Además del desarrollo de innumerables experiencias municipales de implementación de nuevos modelos de atención en salud mental comprometidos con las directrices de la reforma, merece destacarse la creación de nuevos modelos asistenciales como Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Núcleo de Atención Psicosocial (NAPS), Talleres Terapéuticos, Hospital-Día, Servicios Residenciales Terapéuticos, Centro de Convivencias, inclusión de la salud mental en la atención básica y en el PSF, Proyectos de Inserción en el Trabajo y Cooperativas, Proyecto de Intervención Cultural, entre otros. Los procesos de fiscalización y de dar credenciales a los hospitales psiquiátricos constituyen una importante fuente de información, de control y gestión para alcanzar los objetivos de la reforma, así como pueden contribuir para los debates y resoluciones derivadas de la creación de las Comisiones Nacionales y Estaduales de reforma psiquiátrica y de salud mental vinculadas a las instancias de control social del SUS.

La reorientación del modelo asistencial, especialmente aliada al componente de la salud mental, es un proceso complejo y lento, sin embargo fundamental para dar cuenta de las demandas de las poblaciones. Destacamos que entre los principios formalmente determinados por la política nacional de salud, dos de ellos tienen repercusión directa en la asociación entre salud mental y atención básica: la accesibilidad y la integralidad.

Ésa fue una de las cuestiones más importantes discutidas en la III CNSM², ¿el cuidado a la salud mental está al alcance de aquellos que lo necesitan? La respuesta encontrada fue que, de manera general, esto no ocurre. Estímase que el 12% de la población necesita hoy alguna forma de servicio psiquiátrico.

El modelo hospitalocéntrico además de ser ineficaz y de favorecer el aislamiento y la segregación, tiene como otro punto negativo el bajo acceso de la población al servicio, sin

embargo hoy concentra los recursos financieros de aproximadamente del 89% de los recursos del SUS para la psiquiatría y sin contar el bajo número de servicios existentes. En el servicio extra-hospitalario y comunitario, fue institucionalizada la red del CAPS, que cuenta con cerca de 275 servicios, lo que es extremadamente reducido según las estadísticas existentes. La ampliación de esta red ya fue concebida por contingente poblacional, o sea, cada grupo de 70.000 habitantes debe contar con por lo menos un CAPS o servicio equivalente (ambulatorios integrales, servicio universitario y otros).⁸ Sin embargo, es importante que, aliados a los CAPS, sean implantados servicios de atención diaria con alcance menor que el CAPS (entre 20.000 y 60.000 habitantes), además de hospitales generales capacitados para internaciones de corta duración. Un aspecto fundamental a ser considerado, sin embargo, dice respecto a los municipios con menos de 20.000 habitantes, que deben contar con servicios de atención básica en salud mental, como la red básica, el Programa de Salud de la Familia, Programa de Agentes Comunitarios de Salud.

El otro principio de orientación del modelo de asistencia a la salud se refiere a la integralidad, o sea, las acciones y servicios de salud (preventivos y curativos, individuales y colectivos) funcionan como un conjunto articulado capaz de atender a todos los tipos de trastornos (físicos y mentales), en todos los niveles de complejidad del sistema. Uno de los mayores problemas enfrentados en relación a la integralidad, además de la fuerte influencia del modelo tradicional de cuidado, es la dificultad de los profesionales para poder prescindir del desempeño de "un" papel específico. En general se trata de especialistas, cuya práctica en compartir saberes es muy limitada.^{6,9}

LA ATENCIÓN BÁSICA Y LA SALUD MENTAL

La historia reciente de la Salud Pública brasileña ha sido escrita con el movimiento de la reforma sanitaria, cuyo hito fundamental fue la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986. En esta Conferencia fueron deliberados los principios y directrices incorporados en la Política Nacional de Salud, aprobados en la Constitución de 1988, demarcando, legalmente, un nuevo modelo de atención a la salud, en sustitución al existente.

La organización de los servicios de salud sufrió profundas alteraciones desde la constitución del Sistema Único de Salud en 1990. Además de los principios doctrinarios (universalidad, equidad e integralidad), fueron instituidos los principios que rigen su organización, entre ellos la regionalización y jerarquización; la resolutivez; la descentralización y el comando único; la participación de los ciudadanos; y la complementariedad del sector privado.¹⁰ Una breve revisión del proceso de implantación del SUS es presentada por diversos autores, que discurren sobre concepciones de Estado y de Políticas Públicas, relatando la historia de los servicios de salud en Brasil y el sentido político del SUS; los marcos históricos de las políticas de salud en el País y los principios del SUS, y que analizan la trayectoria histórica, las políticas de salud y la organización de servicios de esta área en Brasil.^{11,12,13}

La Atención Básica constituye el primer contacto de individuos, familia y comunidades con el Sistema Nacional de Salud trayendo los servicios de salud lo más próximo posible a los lugares de vida y trabajo de las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso continuo de atención. Es definida también como un conjunto de acciones de carácter individual o colectivo, situado en el primer nivel de la atención de los sistemas de

salud, dirigidas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación.¹⁴

La atención básica es una denominación utilizada en Brasil, especialmente en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) designando un abordaje asistencial que correspondería a lo que se ha llamado en la literatura internacional de atención primaria de salud. Esta elaboración conceptual está relacionada con la necesidad de construcción de una identidad institucional propia, capaz de establecer una ruptura con la concepción reduccionista de ese nivel de atención, concepción que comprende tanto la atención primaria como la prestación de cuidados de salud a parcelas excluidas de la población, apoyadas en una calidad de asistencia médica primaria de limitado alcance, baja densidad tecnológica y poca efectividad en la resolución de los problemas de salud de las poblaciones. Estos sistemas orientados a la atención básica están asociados a un menor costo, destinado a garantizar una mayor satisfacción de la población, mejores niveles de salud y un menor uso de medicamentos. Además de esas evidencias, la estructuración de sistemas de servicios de salud basada en la atención básica es una exigencia de las concepciones modernas de los sistemas integrados de servicios de salud.^{15,16}

Se comprende que es en el servicio local de salud, en el espacio del distrito sanitario, a partir de la red básica de servicios, que se establece el vínculo entre el profesional y el usuario, y la posibilidad de resolución de los problemas de salud.¹⁷ La Atención Básica, por tanto, consiste en un “conjunto de acciones, de carácter individual o colectivo, situadas en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, dirigido a la promoción de la salud, la prevención de molestias, el tratamiento y la rehabilitación”.¹⁸

Las acciones de atención básica han sido incrementadas, a nivel local, con el desarrollo de la estrategia Salud de la Familia, un Programa del Ministerio de la Salud creado con el objetivo de integrar y organizar las actividades en un área delimitada, intentando crear compromisos compartidos entre los servicios y la población. El énfasis en la atención básica, por medio de la estrategia Salud de la Familia, posibilita a la población la cobertura en ese nivel de atención, situación que era prácticamente inexistente hasta mitad de los años noventa.¹⁹ Es bajo ese enfoque que se encuentran, actualmente, las propuestas y los modelos de servicio en Salud Mental, respaldadas por la III Conferencia Nacional de Salud Mental. Es por la integración del cuidado en salud mental, dentro de la atención básica, que será posible encontrar un camino para superar el grave problema del acceso a los servicios de atención en salud mental.²

SALUD MENTAL Y EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA (PSF)

En la implementación de la política de salud, el Ministerio de la Salud se ha pautado por tres grandes ejes: en el plano administrativo, la descentralización; en el plano asistencial, los Programas de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios; y, en el plano político, el control social.

Como una posible respuesta al desafío de reorientar el modelo de atención a la salud en el plano asistencial, el Ministerio de la Salud lanzó, en 1994, el Programa de Salud de la Familia – PSF, hoy llamado de Estrategia de Salud de la Familia, por ser considerado estructurante de los sistemas municipales de salud. Es en ese plan que se encuentra el gran desafío del sector: implementar nuevas prácticas de atención a la salud que de hecho

garanticen a la población el acceso universal, la integralidad y la equidad, en una red jerarquizada de servicios resolutivos.

El énfasis en la implantación del Programa de Salud de la Familia – PSF – es justificada por la necesidad de sustitución del modelo asistencial históricamente centrado en la enfermedad y en el cuidado médico individualizado, por un nuevo modelo sintonizado con los principios de la universalidad, equidad e integralidad de la atención. El individuo dejaría de ser visto de forma fragmentada, separado de su contexto familiar, social y de sus valores y sería posible desarrollar nuevas “acciones humanizadas, técnicamente competentes, intersectorialmente articuladas y socialmente apropiadas”.^{20:9}

El éxito de esa estrategia depende de la creciente colaboración entre los tres niveles gubernamentales, juntamente con la propia población. “El PSF elige como punto central el establecimiento de vínculo y la creación de lazos de compromiso y de co-responsabilidad entre los profesionales de salud y la población”.^{21:7}

Con el objetivo de contribuir a la reorganización del modelo asistencial desde la atención básica, la estrategia Salud de la Familia estimula una nueva forma de actuar en las unidades básicas de salud. La estrategia de Salud de la Familia propone una nueva dinámica para la estructuración de los servicios de salud, así como para su relación con la comunidad y entre los diversos niveles de complejidad, reconociendo la salud como un derecho de ciudadanía que se expresa en la calidad de vida de los individuos.²² De esta forma, la familia fue escogida, en su contexto sociocultural, como núcleo básico del servicio a la salud. Para poder referirse a ese nuevo objeto de atención, será necesario que todo el equipo de salud perciba la multicausalidad de los problemas de salud, sean ellos de orden físico, mental o social, tanto individual como colectivo, teniendo siempre en cuenta los individuos como sujetos-ciudadanos en su medio ambiente y en su contexto socio-familiar.²³

SALUD MENTAL Y RED BÁSICA: UNA EXPERIENCIA DESARROLLADA CON PACIENTES DE DEPRESIÓN JUNTO AL PSF

La experiencia fue desarrollada junto a un Centro de Salud localizado en un municipio de la Gran Florianópolis, como parte de un trabajo académico.²⁴ El Centro de Salud estudiado dispone de tres equipos del PSF, totalizando 3 médicos, 3 enfermeras, 6 auxiliares y 4 técnicos de enfermería, además de dos dentistas, un pediatra, un ginecólogo y una enfermera coordinadora. Este Centro abarca un área de aproximadamente 3.400 familias, distribuidas entre tres equipos del PSF. Fueron seleccionados 45 personas con diagnóstico de depresión para que participen de la investigación, de las cuales la gran mayoría estaba compuesta por mujeres (31 = 69%). La faja etaria predominante fue a de 40 a 59 años (42%), seguida de la faja de 20 a 39 años (40%). Las personas arriba de 60 años totalizaron 16% de los investigados. Las demás fajas presentaron un porcentaje inexpresivo (2%). Entre las personas seleccionadas, fueron entrevistadas 7(siete) personas con diagnóstico de depresión.

La investigación, de tipo cualitativa, utilizó el ambiente natural como fuente directa de datos dando especial atención al significado que cada una de las personas daba a su vida teniendo como foco de preocupación mucho más el proceso que el producto. La investigación consistió en un estudio del tipo "multicasos" abarcando dos o más sujetos, en este contexto, personas sufridoras de depresión. Así la población de estudio fueron las personas depresivas que viven en el área de alcance del Centro de Salud en cuestión.

Los datos fueron recaudados a través de pesquisa bibliográfica y de campo, junto a los equipos del PSF del Centro de Salud. Estos datos fueron levantados siguiendo cinco etapas:

- 1) Identificación de la cantidad de personas portadoras de depresión en el área de alcance del Centro de Salud, por medio de consulta a los prontuarios, suministrados por los tres equipos del PSF. A partir de ese levantamiento, fueron seleccionadas 10 personas para ser entrevistadas.
- 2) Aplicación de cuestionario según una guía pre-elaborada. En esta etapa también fue utilizada la técnica de observación participante, con el objetivo de captar una variedad de fenómenos de la situación social que no pueden ser identificados solamente a través de la entrevista.
- 3) Aplicación de entrevista del tipo abierta, estimulando la conversación para que, a partir del habla del entrevistado, puedan ser formuladas nuevas preguntas, para conseguir informaciones que no podrían ser identificadas solamente a través del cuestionario.
- 4) Visita al Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de otro municipio, que contribuyó a la conducción de las propuestas de implantación de un grupo de auto-ayuda en el Centro de Salud en cuestión.
- 5) Visitas domiciliarias a los portadores de depresión con el objetivo de buscar su participación en los grupos de auto-ayuda.

Las informaciones fueron registradas diariamente. El registro fue hecho de forma descriptiva y narrativa de las experiencias, ideas, dudas, sentimientos, reacciones, errores y aciertos, problemas, dificultades y facilidades que aparecieron durante las colectas de informaciones. Esos datos sirvieron como fuente de información, durante la interpretación y análisis de los datos.

La pesquisa siguió las exigencias éticas en relación a la obtención de informaciones de fuente primaria, junto a las personas investigadas, obedeciendo a las normas de la Resolución del Consejo Nacional de Salude nº 196/96.²⁵ El proceso de investigación se inició solamente después de haber sido presentado a las participantes una amplia explicación sobre el propósito del estudio, durante el cual fueron asegurados: el derecho de negarse a participar o de retirarse de la pesquisa en cualquier momento, la confidencialidad de las informaciones y el anonimato de las identidades de las participantes. De ese modo, las informaciones suministradas por las participantes permanecen absolutamente confidenciales. Para la realización de las entrevistas fue pedida a cada participante una autorización formal, a través del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Se observa una prevalencia de la enfermedad mayor en las mujeres, lo que coincide con la literatura especializada. La faja etária de 40 a 59 años presentó la mayor prevalencia de la enfermedad (57% de la población investigada), seguida por la faja etária de 20 a 39 años (29%). Los demás portadores de depresión tenían edad superior a 60 años. Es importante destacar que resulta necesario garantizar una atención especial a los pacientes depresivos en la llamada edad madura (arriba de los 45 años en los hombres y 55 en las mujeres), debido al hecho de esas personas formar parte del grupo de riesgo para suicidios. Esta faja compone cerca del 25% de los suicidios cometidos, equivaliendo al 10% de la población en general.²⁶

Los portadores de depresión frecuentan el Centro de Salud desde su inauguración, sin embargo solamente 3 utilizan Centros de Salud de la Gran Florianópolis para realizar tratamiento con un profesional especializado (psiquiatra y neurólogo). Los demás no estaban utilizando ningún servicio especializado en el momento de la investigación. Todos los entrevistados aceptaron participar del grupo de auto-ayuda propuesto, indicando que la persona depresiva necesita modalidades terapéuticas colectivas. Eso puede ser confirmado con el hecho de que la mayoría relató no realizar ninguna actividad que implique algún beneficio en relación a su problema de salud mental. Pocos declararon que trabajar o aún ir a la iglesia puedan ser actividades que los ayudan a sentirse útiles y no tan solos.

Las personas portadoras de depresión entrevistadas relataron conocer muy poco o casi nada sobre su enfermedad, sea al respecto de los síntomas, sea sobre el inicio del proceso. Sin embargo, cambios en sus comportamiento, principalmente leves y moderados, fueron notados y relatados por los entrevistados. En general esos cambios de comportamiento llevaron a las personas a sentirse deprimidas, sin embargo debido a diversas contingencias, continúan trabajando y saliendo de casa. Apenas un caso se destacó con cambios más acentuados, llevando la persona a preferir el aislamiento casi total, con falta de voluntad de vivir.

A partir de las entrevistas se buscó desarrollar acciones para la implantación de un grupo de auto-ayuda a los portadores de depresión en las dependencias del Centro de Salud, juntamente con los equipos del PSF. El modelo que dio origen a la propuesta fue el CAPS situado en un municipio polo regional, que, en colaboración con la universidad, desarrolla además de otras actividades, reuniones con más de 15 tipos de grupos, entre ellos los grupos de depresión, de esquizofrenia y de dependientes químicos. El grupo de depresión ocurre mensualmente con duración de aproximadamente una hora, siendo acompañado por un psiquiatra y una asistente social o enfermera. Lo que llamó la atención en el relato de los usuarios fue el hecho de saber cómo manejar la enfermedad y la capacidad de ayudarse unos a otros, tanto incluyendo a las personas recién llegadas como entre aquellos que participaban del grupo por más de dos años. Como estímulo para evitar la no desistencia al tratamiento, todos los usuarios recibían sus remedios, ofrecidos por el Programa.

En el Centro de Salud en cuestión, fueron creados dos grupos de auto-ayuda, a partir de las invitaciones hechas en las visitas domiciliarias, incluyendo a los participantes de la investigación. Ése es un paso importante en la búsqueda de soluciones para personas portadoras de disturbo depresivo en el nivel local de atención a la salud, ya que esos usuarios presentan dificultad en la relación con personas diferentes a aquellas con los cuales conviven. Esta movilización, aun por corto período de tiempo, se mostró importante y terapéutica para el grupo. En general, el tratamiento propuesto por el Centro de Salud a los portadores de disturbios depresivos y a los enfermos mentales es realizado por clínicos, de naturaleza básicamente medicamentosa. Aunque necesario, el tratamiento medicamentoso debe ser pensado como uno más entre los apoyos terapéuticos, siendo apenas un complemento para la atención a los usuarios en su integralidad. El riesgo es que, cuando el medicamento es mal administrado, puede causar dependencia y transformar a los portadores en pacientes depresivos crónicos.

CONSIDERACIONES FINALES

Subsisten aún divergencias en cuanto a la pertinencia y eficacia del Programa Saúde de la Família – PSF en el campo de la salud mental en Santa Catarina y en el Estado brasileño como un todo. El consenso llevará algún tiempo para ser alcanzado, considerando el avance de su comprensión como estrategia, y considerando que, para el área de salud

mental, no hay contradicción entre sus postulados y aquellos defendidos por la política de la Reforma Psiquiátrica.⁹ La inserción de prácticas referidas a la salud mental en el contexto de la atención básica a la salud, desde el PSF promueve el principio de la integralidad y de la accesibilidad, permitiendo un abordaje a la problemática en su conjunto, incluyendo el individuo, su familia y su medio social.

El proceso de implantación del PSF admite varios momentos, con mayor o menor sustentabilidad, yendo de una transición intermediaria hasta a una consolidación definitiva. La situación de la atención básica a la salud muestra que aún hay mucho por hacer. Estas mejoras están vinculadas con los obstáculos a la implantación del PSF, con la creación de estrategias eficaces en los diferentes niveles de gobierno. Mejorar la atención básica en Brasil, incluyendo la atención a la salud mental en ese nivel de complejidad, no será posible sin un liderazgo fuerte de los gestores públicos de salud, lo que implica un esfuerzo para incrementar su capacidad de inserción institucional.¹⁶

En el Centro de Salud investigado, a pesar de las limitaciones, aún permanece en funcionamiento el grupo propuesto, cuyas actividades han sido desarrolladas con el apoyo de una universidad. Los cambios ocurridos en el Centro de Salud, que aún son incipientes, cuentan con la colaboración de los profesionales, al menos para motivar la reflexión y el cuestionamiento sobre que tipo de servicio es ofrecido a los usuarios enfermos mentales. Hay un esfuerzo destinado a intentar modificar esta realidad. Y, aunque las dificultades sean de varios órdenes, el punto favorable reside en el hecho de que los portadores de disturbios mentales ya están familiarizados con los profesionales del PSF y con la rutina del Centro de Salud. Esa familiaridad puede probablemente facilitar la implementación de los grupos de auto-ayuda a los pacientes depresivos y a otros que puedan 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, Gerencia 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