

## Avaliação De Demandas E Abordagens De Atenção Em Saúde Mental Em Unidade Com Estratégia De Saúde Da Família

Assessment Of The Demands And Strategies Of Care On Mental Health In A Unit With “Family Health Strategy”

## Evaluación De Demandas Y Abordajes De Atención En Salud Mental En Una Unidad Con Estrategia De Salud De La Familia

Adolfo Pizzinato<sup>1</sup>

Luciana Oliveira de Jesus

Esequiel Pagnussat

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

### Resumo

O cuidado em saúde mental, pautado na reforma psiquiátrica, enfatiza o direito à cidadania e ações de saúde no território, incluindo a participação das Unidades de Saúde da Família (USF). O objetivo do estudo foi realizar levantamento das demandas de saúde mental de usuários em uma USF de Porto Alegre. A amostra correspondeu aos usuários que renovaram prescrição de psicofármacos em 2010. Foram levantados dados sobre o perfil sociodemográfico, práticas e encaminhamentos de saúde mental realizados pela equipe. Os resultados identificaram um total de 319 usuários, sendo 61,1% com idade acima de 50 anos e 71,2% mulheres. A prática de saúde mental menos freqüente foi a participação em grupos (6,3%) e 29,2% da população só renovaram prescrição de psicofármacos em 2010, tendo a média de 2,05 atendimentos. Assim, constata-se que as práticas de saúde mental na USF podem estar afastadas dos preceitos do cuidado ampliado e integral em saúde mental.

*Palavras-chave:* saúde mental, saúde da família, atenção primária à saúde, cuidados integrais de saúde, psicofármacos.

### Abstract

Mental health care, expected in the Psychiatric reform, emphasizes citizens' rights and 'health actions' in the territory where they live, including the participation of the family health care teams (FHC). This study aims at producing a report on the demands of mental health by patients in a health care team in Porto Alegre. The sample corresponds to patients attended by a local family health clinic to renew their prescription of psychotropics in 2010. Data extracted from the sociodemographic profile, treatment and referrals by the local health care team. The results identified a total of 319 patients, 61,1% above 50 years of age and 71,2 % of them are women. The least used procedure-strategy was participation in therapeutic groups (6,3%) while 29,2% only came to the clinic to renew their prescriptions in 2010 with an average of 2,05 medical appointments during the period. In conclusion, the strategies used by the health care team may be away from the recommendations of comprehensive mental health care.

*Key words:* mental health care; family health care; primary health care; comprehensiveness in health care; use of psychotropics.

### Resumen

La atención en salud mental, orientada por la reforma psiquiátrica de Brasil, pone énfasis al derecho a la ciudadanía y acciones sanitarias en el territorio, incluyendo la participación de las Unidades de Salud de la Familia (USF). El objetivo del estudio ha sido identificar las necesidades de salud mental de usuarios de un USF de Porto Alegre (Brasil). La muestra corresponde a los usuarios que han renovado prescripción de psicofármacos en 2010. Han sido identificados datos sobre el perfil socio demográfico, prácticas y derivaciones de salud mental realizados por el equipo. Los resultados identificaron un total de 319 usuarios, siendo 61,1% con edad mayor que 50 años y 71,2% eran mujeres. La práctica en salud mental menos frecuente ha sido la participación en grupos (6,3%) y 29,2% de la población solo ha renovado su prescripción de psicofármacos el 2010, teniendo un promedio de 2,05 consultas. Así, constatase que las prácticas de salud mental en la USF pueden estar alejadas de los preceptos de atención ampliada e integral en salud mental.

*Palabras-clave:* salud mental; salud de la familia; atención primaria en salud, atención integrada a salud; psicofármacos.

1 Endereço:

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Faculdade de Psicologia

Prédio 11 - Sala 930. Telefone: (51)3320 3550 - Ramal:7748

Email: adolfo.pizzinato@puers.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul -

PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 - Porto Alegre/RS - 90619-900

### Introdução

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por significativas mudanças no campo da saúde pública no Brasil. A Constituição Brasileira de 1988 e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 são marcos legislativos

para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e vêm afirmar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O SUS preconiza, como princípios básicos, a universalidade do acesso aos serviços de saúde; a integralidade da atenção; a equidade e a hierarquização dos serviços em um contexto descentralizado e municipalizado com a participação da sociedade.

Segundo Antunes & Queiroz (2007), a criação do SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica no Brasil, consistiu em um processo que envolveu movimentos sociais e políticos, questionando os conceitos de saúde focados na doença e das práticas da psiquiatria vigentes. A partir dos mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização, o SUS gera uma necessária reflexão para a construção de uma nova Política de Saúde Mental que direciona suas ações no intuito de contemplar os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desinstitucionalização e garantindo os direitos de cidadania às pessoas com transtorno mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 70 e 80, ressalta a impossibilidade do cuidado em saúde mental estar a cargo exclusivo de especialistas. Em relatório publicado pela OMS, destaca-se como passo fundamental possibilitar ao maior número de pessoas o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde, no contexto dos cuidados primários (OMS, 2002).

Nas Américas, a Declaração de Caracas, em 1990, revela a necessidade de reestruturação da assistência à Saúde Mental, onde devem ser priorizadas ações de saúde nos serviços comunitários de forma integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva. A Declaração critica o papel hegemônico do hospital psiquiátrico que dificulta as propostas citadas, provocando o isolamento e incapacitando o sujeito para o convívio social, colocando em perigo os direitos humanos e civis dos usuários (Brasil, 2005).

No Brasil, o marco do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental foi em 2001, a partir da aprovação da lei 10.216, chamada de Lei Paulo Delgado (Brasil, 2004). O projeto prevê a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico e seus hospitais especializados, preconiza a desinstitucionalização de seus usuários, substituindo por outras modalidades de assistência e prioriza recursos comunitários. Anterior à Lei 10.216 ser aprovada, o Rio Grande do Sul, com a lei nº 9.716/1992, aprova o projeto de lei que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, preconizando, também, a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por outras modalidades de atenção à saúde mental.

Neste sentido, a proposta da Política Nacional de Saúde Mental é ampliar o cuidado de usuários de saúde mental nos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades com Estratégia de Saúde

da Família (USF). Essas Unidades devem fazer parte da rede de cuidados e atuar de forma articulada com os demais serviços especializados, como residências terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, grupos de convivência, entre outros. Nesta direção, a intervenção conjunta entre os diversos serviços que compõe a rede de saúde mental, incluindo as USF, propõe o cuidado integrado e comunitário das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

### **Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge no Brasil, em 1994, primeiramente com a denominação Programa de Saúde da Família, no intuito de reorientar o modelo assistencial de saúde. Busca o fortalecimento de ações de saúde na APS, em conformidade com os princípios do SUS, tendo como diretrizes principais: a integralidade, territorialização, adscrição da clientela e o trabalho em equipe multiprofissional.

Essa proposta apresenta uma nova maneira de compreender a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, partindo, assim, de uma concepção ampliada de saúde. Introduce uma nova visão de saúde no processo de intervenção na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (Rosa & Labate, 2005).

Cada equipe de saúde da família é constituída por, no mínimo: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população pode ser de no máximo 4.000 habitantes (Brasil, 2009). As famílias são cadastradas pelos profissionais da USF, a partir do preenchimento da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esta ficha é o instrumento de coleta de dados para a identificação da família, possibilita o cadastro de todos os seus membros, verifica a situação de moradia e outras informações adicionais (Brasil, 1998). Sendo assim, são conhecidas as principais necessidades de saúde de cada família, como também, as condições sociais, ambientais e econômicas.

A USF torna-se a porta de entrada preferencial de todo o SUS, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. A territorialização, um dos pressupostos básicos da ESF, aproxima-se dos princípios presentes na reforma psiquiátrica brasileira, no qual o sujeito é compreendido como participante de suas redes sociais (Silveira & Vieira, 2009). Priorizar ações com enfoque no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades de recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre pessoas e os cuidados em saúde mental (Brasil, 2005).

Amarante & Lancetti (2006, p. 615) afirmam que: O hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades, e logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem.

As particularidades da saúde mental nos serviços da APS e a necessidade de ampliar a concepção de saúde devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano dos profissionais de saúde. Busca-se evitar ações fragmentadas, aumentar a capacidade de acolhimento, vínculo e resolubilidade das demandas cotidianas de saúde mental que chegam às Unidades.

A partir da inserção da psicóloga residente multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PREMUS) e do graduando de Psicologia do programa PRÓ-SAÚDE2 em uma USF, da gerência distrital de saúde Leste Nordeste de Porto Alegre, observou-se grande número de usuários com demanda em saúde mental que chegava continuamente ao local. Isso foi constatado nas diversas atividades realizadas, tais como: acolhimentos, consultas, acompanhamentos, grupos, renovação de receitas de medicamentos psicofármacos e visitas domiciliares (VD) de agentes comunitários de saúde e demais profissionais da equipe.

Apesar do significativo número de usuários de saúde mental que chegavam à Unidade, não havia registro ou cadastro específico nos serviços da APS, apenas informações e registros no Prontuário Família da unidade e na Ficha A do SIAB. Diante disso, percebeu-se que havia dificuldade em conhecer quem eram os usuários daquela comunidade que necessitavam de atendimento, acompanhamento, ou mesmo, encaminhamento ao serviço especializado de saúde mental.

A partir das questões abordadas surgiu a proposta de realizar um levantamento das demandas de saúde mental existentes na Unidade. Acredita-se que esse estudo trará subsídios para uma maior compreensão dos fluxos da rede de saúde mental em Porto Alegre, abordando qual o papel da USF no cuidado integral à saúde.

1 As residências multiprofissionais em saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as diversas profissões da área da saúde.

2 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, iniciado em 2005, através da Portaria nº 2.101 de 2005 propõe a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde tendo em vista potencializar respostas às necessidades da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS.

## Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, definindo-se como documental, exploratória e descritiva. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Jardim Carvalho, inaugurada em 2003. Localiza-se na gerência distrital de saúde leste-nordeste de Porto Alegre, onde se encontram cadastrados 4.505 moradores, divididos em 8 micro-áreas sendo atendidos por duas equipes completas. A população está distribuída da seguinte forma: Área 1: 568 usuários, Área 2: 595 usuários, Área 3: 538 usuários, Área 4: 599 usuários, Área 5: 553 usuários, Área 6: 485, Área 7: 586, Área 8: 581 usuários.

O tamanho da amostra foi definido a partir do levantamento realizado no livro de registro de usuários que retiraram a prescrição de psicofármacos na USF Jardim Carvalho durante o ano de 2010. A partir disso, foi elaborado um instrumento para coleta dos dados onde seriam retiradas as informações contidas nos prontuários.

Foram excluídos os usuários que deixaram de pertencer à área adscrita ou faleceram durante o ano de 2010 e os moradores que utilizaram medicamentos psicofármacos para outra finalidade que não fosse o tratamento em saúde mental, como tratamentos de dores crônicas, vasculares e cardíacos. Com isso, a amostra total ficou composta por 319 usuários. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011, quando foram levantados: sexo, idade, número de usuários por Ficha Família, número de usuários por Ficha Família com intervenção em saúde mental e qual área adscrita pertence. Buscou-se identificar se estes usuários realizaram ou tiveram, além do uso de psicofármacos, as seguintes práticas terapêuticas em saúde mental: Acompanhamento Individual, Acolhimento, Visita Domiciliar, Grupos, Consulta/Atendimento pela Equipe, Encaminhamento para Rede Especializada em Saúde Mental, Avaliação Psiquiátrica e Avaliação Neurológica. Procurou-se, também, reconhecer se em algum momento, a população da amostra teve Internação Psiquiátrica, o número de Internações Psiquiátricas e o número de atendimentos em saúde mental realizados na Unidade em 2010.

Os dados coletados por meio de formulário dos prontuários foram tabulados e processados eletronicamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows (Versão 17.0).

Esta pesquisa é parte integrante do projeto “Diagnóstico da Saúde do Distrito Nordeste de Porto Alegre”, aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP: 424; Processo: 001.058993.09.6) e Comitê de Ética da PUCRS (CEP: 09/04828). Assim, os preceitos bioéticos deste estudo foram respeitados seguindo os princípios da Resolução 196/96 do CNS-MS que regula a

pesquisa com seres humanos, sendo que, a coleta de dados iniciou-se após pronunciamento favorável e assinatura de Termo de autorização de utilização de dados de prontuários pela coordenação da USF e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

### Resultados e Discussão

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, dos 319 usuários que retiraram receitas de medicamentos psicofármacos no ano de 2010, identificou-se a predominância de mulheres (71,2%) na utilização do serviço. Em relação ao gênero, as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens há uma prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Santos & Siqueira, 2010). Outros estudos corroboram que as mulheres possuem mais morbidades e problemas psicológicos,

além buscarem mais os serviços de saúde (Santos & Siqueira, 2010, Dias-da-Costa et al., 2011, Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Isso ocorre por um interesse maior com relação a sua saúde, e pelos homens possuírem uma melhor auto-percepção sobre a sua saúde em comparação às mulheres. (Pinheiro et al, 2002, Couto et al., 2010, Pinheiro & Couto, 2008).

Contudo, segundo Gomes, Nascimento & Araujo (2007), estudos constataam que os homens, em geral, padecem e morrem mais de condições severas e crônicas do que as mulheres. Além disso, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária é menor, pois, no imaginário social, entende-se que os cuidados como próprios do âmbito feminino. Para Gomes, Nascimento & Araujo (2007, p. 571):

... o ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-

Tabela 1

*Perfil sociodemográfico dos usuários de saúde mental da USF Jardim Carvalho (N=319)*

<i>Variáveis</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	
Sexo	Masculino	92	28,8%	
	Feminino	227	71,2%	
Idade (Média 53,2 DP ± 19,22)	5 a 14 anos	11	3,4%	
	15 a 21 anos	4	1,3%	
	22 a 49 anos	109	34,2%	
	50 a 64 anos	106	33,2%	
	65 ou mais	89	27,9%	
Nº Usuários por Ficha Família (Média 3,87 DP ± 2,24)	1 a 3	163	51,1%	
	4 a 7	133	41,7%	
	8 ou mais	23	7,2%	
Nº Usuários por Ficha Família com Intervenção em Saúde Mental (Média 1,75 DP ± 0,91)	1	163	51,1%	
	2	92	28,8%	
	3	44	13,8%	
	4	20	6,3%	
<i>Micro-Área</i>	<i>Número de Usuários por Área</i>		<i>Total de Usuários por Área com Demanda em Saúde Mental</i>	
Nº	Frequência	%	Frequência	%
1	568	12,6%	39	12,2%
2	595	13,2%	48	15%
3	538	11,9%	29	9,1%
4	599	13,3%	45	14,1%
5	553	12,3%	35	11%
6	485	10,8%	33	10,3%
7	586	13,0%	61	19,1%
8	581	12,9%	29	9,1%
TOTAL	4505	100%	319	100%

lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

A média de idade da população ficou em 53,2 ( $\pm 19,22$ ), em relação à faixa etária. Houve prevalência da camada acima dos 50 anos (61,1%), em que os usuários de 50 a 64 anos representaram 33,2% da amostra e de 65 ou mais 27,9% do público avaliado, além disso, cabe destacar a faixa entre os 22 e 49 anos com 34,2%. Segundo dados do Censo 2010, nos últimos 10 anos vêm ocorrendo o crescimento da população adulta no Brasil (Brasil, 2010 b), com destaque para os idosos com 65 anos ou mais, que passaram de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010, sendo que na Região Sul representa 8,1% da população, assumindo a posição de ser uma das regiões mais envelhecidas do País (Brasil, 2010 b). Em levantamento realizado no mês de junho de 2011 contabilizou 1336 usuários com 60 anos ou mais, cadastrados na USF Jardim Carvalho, ou seja, 29,6% da população da área adscrita.

Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo & Hallal (2010) encontraram uma elevada prevalência de sintomas depressivos em adultos residentes da cidade de Pelotas, indicando que os indivíduos do sexo feminino, com idades mais avançadas, de baixo nível econômico, fumantes atuais e inativos, estão em maior risco de apresentarem estes sintomas. Os resultados corroboram os encontrados por Jansen et al., (2011) confirmando, como apontado em outros estudos, que quanto mais avançada a idade maior a probabilidade de se desenvolver Transtornos Mentais Comuns (TMC). Segundo o mesmo autor,

o termo TMC foi conceituado por Goldberg & Huxley, e inclui a depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes, para designar: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade.

O número médio de usuários por Ficha Família ficou em 3,87 (desvio  $\pm 2,24$ ), não muito distante da densidade domiciliar brasileira do Censo 2000 (3,8) e Censo 2010 (3,3), onde no Rio Grande do Sul a média de moradores por domicílio está em 3,0 (Brasil, 2010 b).

Os resultados apresentaram que a média do número de usuários por Ficha Família com intervenção em Saúde Mental ficou em 1,75 ( $\pm 0,91$ ). Por Ficha Família, os que possuem 1 usuário, com intervenção em saúde mental, correspondem a 51,1% da amostra, 2 usuários 28,8%, 3 usuários 13,8% e 4 usuários 6,3%.

O levantamento sobre o número de usuários por micro-área em comparação com o total de usuários por micro-área com demanda em saúde mental constatou: a micro-área 8 apresentou uma das menores quantidades de população em atendimento de saúde mental com 9,1%, tendo 12,9% da população cadastrada na USF, ou seja, a 4ª maior concentração. Por sua vez, a micro-área 7 apresentou o maior número de pessoas em atendimento em saúde mental com 19,1% e possui a 3ª maior concentração com 13% da população cadastrada na Unidade.

A partir do levantamento realizado na Unidade, a Tabela 2 apresenta os dados sobre as práticas realizadas em saúde mental, sendo detectado que 75,9% dos usuários da amostra realizaram, em

Tabela 2  
*Práticas de Saúde Mental e Número de Atendimentos em 2010 (N=319)*

<i>Práticas</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	
Acompanhamento Individual	242	75,9%	
Acolhimento	62	19,4%	
Visita Domiciliar	58	18,2%	
Receita de Psicofármacos	319	100%	
Grupos	20	6,3%	
Consulta	305	95,6%	
<i>Nº de Atendimentos em 2010</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
(Média 2,05 DP $\pm 2,44$ )	Nenhum	93	29,2%
	1	78	24,5%
	2	52	16,3%
	3	32	10%
	4	26	8,2%
	5 a 10	33	10,3%
	11 a 14	4	1,2%
	Não Informado	1	0,3%

algum momento, acompanhamento por apresentar demanda de saúde mental. Tesser (2006) afirma que uma das estratégias fundamentais no Programa de Saúde da Família é tornar possível e facilitado o acompanhamento longitudinal dos usuários, fato que é imprescindível nas famílias com demandas voltadas a saúde mental.

Em relação à realização de consulta ou atendimento, 95,6% dos usuários realizaram pelo menos uma consulta trazendo como enfoque ou como um dos focos, questões referentes a sua saúde mental. No âmbito da Atenção Básica, Oliveira, Ataíde & Silva (2004) afirma que as intervenções terapêuticas para pessoas com transtornos mentais devem considerar, além das características clínicas de cada caso, relacionadas ao diagnóstico médico-psiquiátrico, também, os recursos pessoais, familiares, institucionais e comunitários.

Sendo assim, as ações da atenção primária em saúde têm como estratégia prioritária considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integridade e na inserção sócio-cultural. As Unidades com ESF se constituem como espaços relevantes para ações voltadas à saúde mental, a partir de atividades de promoção de saúde, de prevenção de doenças e o tratamento adequado e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006).

Foram realizadas visitas domiciliares em 18,2% dos usuários. Em pesquisa realizada por Souza, Matias, Gomes & Parente (2007), a visita domiciliar foi apontada como atividade realizada em 60% dos casos de saúde mental, pode ser, assim, um instrumento fundamental para a ampliação do cuidado integral em saúde, o que mostra um déficit importante na Unidade analisada.

A visita domiciliar, também chamada de "VD", é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde (GHC, 2003). Trata-se de uma ação que amplia a possibilidade de conhecer práticas sócio-culturais e de saúde da família em sua totalidade.

Apenas 6,3% dos usuários participaram de grupos em algum momento, sejam psicoterápicos, comunitários ou de promoção de saúde. Esta prática terapêutica se apresenta como a menos relatada nos prontuários dos usuários. Segundo Dias, Silveira & Witt (2009) no contexto da atenção primária no Brasil, o trabalho com grupos é considerada uma atribuição da equipe do Programa de Saúde da Família, sendo uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como

também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa.

Em pesquisa realizada Maffacioli (2007), em 116 Unidades da rede de Atenção Básica de Porto Alegre, em 83% delas os profissionais relataram realizar grupos. Diante disso, podemos observar que a atividade grupal tem feito parte da rotina das Unidades. Dos 387 grupos realizados nas diversas Unidades, apenas 12 grupos foram denominados de "grupos de saúde mental", e em sua maioria, correspondiam a atendimentos de mulheres com distúrbios afetivos, com equipe técnica específica, ou verificou-se a existência de grupos de saúde mental com enfoque em distúrbios específicos. No estudo, prevalecem os grupos cujo foco se aproxima das ações programáticas prevalentes na APS, seja em determinadas frações populacionais (gestantes, idosos, adolescentes, crianças) ou pelas condições patológicas (hipertensão, diabetes, tuberculose, tabagismo, asma).

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma forma de dar conta da demanda, mas, sim, como tendo características que propiciem socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos, e pode favorecer a saúde mental do sujeito (Onocko Campos & Gama, 2008).

Observou-se que 19,4% dos usuários buscaram acolhimento na Unidade com demandas de saúde mental. No campo da saúde, o acolhimento deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (Brasil, 2006).

Onocko Campos e Gama (2008) apontam uma série de fatores irá dificultar o acolhimento e tratamento do usuário: a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento de gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de saúde mental não encontre uma escuta qualificada e, muitas vezes, seja tratada, apenas, com medicação, o que, segundo autores, vem produzindo a medicalização do sofrimento. Na coleta dos dados, a prática da renovação da receita de psicofármacos foi confirmada, constatando-se que 319 usuários renovaram receita no ano de 2010 na Unidade, em alguns casos, sendo a única prática terapêutica realizada, ou seja, vem prevalecendo o modelo de atenção centrado no sintoma, na doença.

Como afirma Tesser (2006) percebe-se que as estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter minimizador da medicalização, tornam-se valiosos e são relativamente escassos. No contexto da atenção à saúde mental, são observados

práticas e saberes que buscam a modelagem, a serialização e homogeneização das subjetividades, isto é, são produzidas ações que se afastam da perspectiva do cuidado (Dimenstein, 2004).

Nesta perspectiva, no levantamento buscamos saber quantos atendimentos foram realizados em 2010, apresentando demandas de saúde mental, e 29,2% da população amostral não teve nenhum atendimento, ou seja, somente renovaram receita, e aproximadamente metade da amostra (50,8%) realizaram até 3 atendimentos no ano. A média foi de 2,05% ( $\pm 2,44$ ) atendimentos, sendo que apenas 2,8% tiveram 10 ou mais.

A partir dos resultados, nos deparamos com questões referentes às dificuldades enfrentadas pelos usuários da saúde mental em realizar acompanhamento nas USF's. Em levantamento apresentado pelo departamento de atenção básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) 56% das equipes referiram realizar "alguma ação de atenção básica", cotidianamente. No entanto, cabe pensar e colocar em discussão como tem sido feito esse acompanhamento adotado nas Unidades.

O fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psicossociais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação. É em tal investigação e intervenção que ambos, curador e doente, podem viabilizar a melhora clínica e a produção de autonomia progressivamente (Tesser, 2006).

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e, conseqüente, alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do usuário em sofrimento psíquico. As USF's atuam

como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família. Portanto, devem atuar articuladas com os seus serviços de referência em saúde mental. A partir da importância dessa interlocução, foi levantado na presente pesquisa, conforme Tabela 3, que 32,3% dos usuários foram encaminhados para algum serviço da rede especializada de saúde mental de Porto Alegre, prevalecendo os dispositivos pertencentes à gerência distrital na qual faz parte a Unidade.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNS, 2010) lança como proposta a obrigatoriedade de equipes de saúde mental na Atenção Primária, com composição mínima de 3 profissionais para cada 10 mil habitantes, garantindo, conforme os preceitos da reforma psiquiátrica, o atendimento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território.

Em relação aos tipos de encaminhamentos realizados, os relatos encontrados nos prontuários apontam que 35,7% dos usuários realizaram avaliação psiquiátrica, a maior parte nos serviços públicos de saúde e alguns casos, por convênio particular e 19,7% foram avaliados por Neurologista. É relevante frisar que o modelo atual de cuidado em saúde deve afastar-se da lógica do encaminhamento, priorizando a corresponsabilização pelas demandas, tanto da equipe de Saúde da Família como da equipe de Saúde Mental, pois leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso da população (CNS, 2010).

É neste sentido que vem se priorizando ações de apoio matricial, principalmente na saúde mental. O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que concebe suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de

Tabela 3

*Dados de Encaminhamentos para Serviços Especializados em Saúde Mental (N=319)*

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	
Encaminhamento para Rede Especializada de Saúde Mental	103	32,3%	
Avaliação Psiquiátrica	114	35,7%	
Avaliação Neurológica	63	19,7%	
Total de Internações Psiquiátricas	41	12,9%	
<i>Número de Internações Psiquiátricas</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
	1	25	7,8%
	2	5	1,6%
	3 a 4	4	1,2%
	Não Informado	7	2,2%

ações básicas em saúde (Brasil, 2010 a). Aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede são preceitos do apoio matricial, além de estimular para que as ações de promoção da saúde e reabilitação psicossocial aconteçam na própria Unidade.

Em relação aos casos em que foram relatados nos prontuários episódios de internação psiquiátrica, estes representam 12,9% da amostra. Eles ocorreram na frequência de 1 (7,8%) até 4 (0,6%) internações, sendo que, em 7 casos havia somente a informação de que houve internação, mas não a quantidade.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, assegurada pela Lei Paulo Delgado de 2001, fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, a contratação pelo setor público de leitos e unidades particulares dessa modalidade, sendo a internação somente indicada quando os dispositivos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Souza et al., 2007; Antunes & Queiroz, 2007).

Devem ser priorizados os serviços da rede saúde mental, pautados no modelo substitutivo dos hospitais psiquiátricos, tais como: USF, CAPS, ambulatórios especializados, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPS III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, centros de convivência, cooperativas de trabalho e geração de renda, entre outros. (Brasil, 2003).

### Considerações Finais

Ao final deste estudo, algumas considerações podem feitas a partir dos resultados obtidos, principalmente no que diz respeito ao número significativo de usuários que somente renovaram prescrição de psicofármacos em 2010 e têm nessa prescrição a única ação efetiva de saúde mental em seu processo de cuidado, além do baixo número de usuários que realizaram acompanhamentos de outras naturezas, no mesmo ano, com algum profissional da Unidade. A pesquisa demonstrou um baixo número de práticas terapêuticas de grupos e visitas domiciliares, fazendo refletir sobre as atuais condutas terapêuticas na Unidade de Saúde se apresentam ainda afastadas das diretrizes preconizadas pelo SUS em relação ao cuidado do usuário de saúde mental, seja por dificuldades enfrentadas pela equipe para lidar com esta demanda, seja por obstáculos enfrentados na articulação com a rede especializada de saúde mental. Um exemplo disso é a ausência de registro nos prontuários dos casos que chegaram a ser discutidos em reuniões com a equipe do serviço especializado de saúde mental da região.

Esse descuido compromete e personaliza a continuidade do trabalho e a intervenção mais construída com toda equipe. Os diferentes serviços

que atendem aos usuários deveriam compartilhar as responsabilidades, visto que às vezes, as faltas de recursos de pessoal e de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, não são ofertadas outras possibilidades de tratamento à população, ficando esta submetida unicamente ao tratamento farmacológico.

Destaca-se o número elevado de usuários com intervenção em saúde mental na micro-área 7, este alto índice pode ter ocorrido pela proximidade com a USF ou por ser uma população predominantemente adulta. Outro fator a ser destacado, foi a dificuldade na coleta de dados de alguns prontuários em decorrência de escritos que não possibilitavam a leitura por sua qualidade gráfica.

Conclui-se, então, que este estudo permitiu identificar e dar maior visibilidade aos usuários com demandas de saúde mental da Unidade. Conseqüentemente, é possível reconhecer a relevância de ações de saúde mental nos serviços APS e que se reflita sobre as atuais práticas que visem garantir a escuta, o vínculo e potencializem as singularidades e abordagens familiares, além de, valorizar os recursos comunitários ao mesmo tempo em que recusem práticas exclusivas de medicalização, tradicionalmente baseadas em uma lógica de exclusão. Também serve de parâmetro para o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas na área, como o desenvolvimento de novas diretrizes que fortaleçam as ações de saúde mental nas USF e em outros contextos.

### Referências

- Amarante, P., & Lancetti, A. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Jr., M., & Carvalho, Y. M. (Eds.), *Tratado de saúde coletiva*. (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Antunes, S. M. M. O., & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (1), 207-215.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. (1998). *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, (5ª ed. ampliada). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. (2009). *O SUS no seu município – Garantindo saúde para*

todos. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010 a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010 b). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Acessado de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>.

Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*, 14 (33), 257-270.

Dias-da-Costa, J. S., Olinto, M. T. A., Soares, S. A., Nunes, M. F., Bagatini, T., Marques, M. C., Guimarães, L. K., Müller, L. P., Machado, F. C. S., Barcellos, E. S., & Pattussi, M. P. (2011). Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (5), 868-876.

Dias, V. P., Silveira, D. T., & Witt, R. R. (2009). Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista Atenção Primária à Saúde*, 12 (2), 221-227.

Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (4), 112-117.

GHC, Grupo Hospitalar Conceição. (2003). *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Lopes, J. M. C. (org.). Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araujo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 565-574.

Jansen, K., Mondin, T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (3), 440-448.

Maffacioli, R. (2007). Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Dissertação de mestrado*, Lopes, M. J. M. (orientadora). Porto Alegre: UFRGS.

Oliveira, A. G. B., Ataíde, I. F. C., & Silva, M. A. (2004). A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (4), 618-624.

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (1ª ed.). Acessado de: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\_djmessage\_po.pdf>.

Onocko Campos, R., & Gama, C. (2008). Saúde mental na atenção básica. In: Campos, G. W. S., Guerrero, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada*. (pp. 221-246). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4), 687-707.

Pinheiro, T. F., & Couto, M. T. (2008). Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência*, 4 (1), 53-67.

Rombaldi, A. J., Silva, M. C., Gazalle, F. K., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13 (4), 620-629.

Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 1024-1027.

Santos, É. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 238-246.

Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 139-148.

Souza, A. J. F., Matias, G. N., Gomes, K. F. A., & Parente, A. C. M. (2007). A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), 391-395.

Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, 10 (20), 347-362.

Recebido: 01/09/2011

Última Revisão: 19/06/2012

Aceite Final: 22/06/2012

Sobre os autores:

**Adolfo Pizzinato** - Professor da Faculdade de Psicologia da PUCRS - Programa de Pós-Graduação. Psicólogo, Doutor em Psicologia da Educação (UAB, Espanha);

**Luciana Oliveira de Jesus** - Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PREMUS/PUCRS). Especialista em Psicodrama (PROFINT/FEBRAP);

**Esequiel Pagnussat** - Graduando de Psicologia PUCRS, Bolsista PRÓ-SAÚDE.