

Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família

Magda Dimenstein

Profa. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e Dra. em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ.
UFRN, CCHLA, Depto. de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.078-970 magdad@uol.com.br

Yalle Fernandes dos Santos

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN.
Rua Rio Mearim, 7945. Cidade Satélite. Natal - RN. 59.068-410 yalles@yahoo.com

Monique Brito

Aluna do curso de graduação em Psicologia da UFRN. Bolsista de IC - PIBIC/CNPq.
Rua Madre Teresa de Calcutá 2000 casa 115.
Nova Parnamirim. Natal/RN. 59.150-000 monique_brito@yahoo.com.br

Ana Kalliny Severo

Aluna do curso de graduação em Psicologia da UFRN. Bolsista de IC - PPG/UFRN.
Rua Pintor Rodolfo de Arnaldo 528. Pitimbu.
Natal/RN. 59.069-150 F: 84. 3218.6058 kallinysevero@yahoo.com.br

Clariana Moraes

Aluna do curso de graduação em Psicologia da UFRN. Bolsista de IC - PPG/UFRN.
Rua Prof. Etelvino Cunha 2887. Cidade Jardim.
Natal/RN. 59.078-350 F: 84. 3207.3602 clarianamoraes@ig.com.br

Resumo

A atenção básica tem conquistado espaço privilegiado nas intervenções em saúde mental devido à possibilidade que oferece de superar o modelo psiquiátrico, ainda hegemônico. Foi realizada uma investigação focalizada no histórico de atenção em saúde mental dos moradores da zona norte de Natal, identificados pelos critérios de "uso de medicação psicotrópica" e "egresso de hospital psiquiátrico". Observou-se a existência de demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional nos serviços de atenção primária; o uso constante e elevado de benzodiazepínicos com uso crônico e sem acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde; pouca procura dos serviços substitutivos como os do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS; elevado número de casos de transtorno mental nas famílias dos pacientes, assim como de internações psiquiátricas, muitas das quais, involuntárias.

Palavras-chave

saúde mental; serviço público de saúde; atenção primária à saúde; Programa de Saúde da Família - PSF; psicotrópico.

Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família

Desde 1990, com a Declaração de Caracas, enfatiza-se a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida. A reforma psiquiátrica de inspiração basagliana propõe a substituição do modelo de atendimento hospitalizado que distancia o louco do seu espaço social para o trabalho desinstitucionalizante e territorial caracterizado, essencialmente, pela desconstrução prática e teórica da instituição psiquiátrica. O processo objetiva criar novas perspectivas de vida para os indivíduos considerados loucos. Busca-se, pois, desconstruir a lógica excludente atualizada pelas internações, proporcionando aos sujeitos estratégias de circulação social.

No campo da saúde pública brasileira, a atenção básica tem, progressivamente, tornado-se uma prática privilegiada nas intervenções em saúde mental, em virtude da necessidade de produzir ações focadas no eixo territorial. Nesse contexto, tal como indicam os trabalhos de Sampaio e Barroso (2001), Casé (2001), Silva et al. (2001) entre outros, o Programa de Saúde da Família - PSF - se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis (SPECTOR, 1999), dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade. Cuidados culturais é um conceito que descreve os tipos de cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver no sentido de serem culturalmente sensíveis, congruentes e competentes.

O Programa de Saúde da Família - PSF - nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema. Além disso, o Programa tem como proposta a criação de novo modelo de atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública. Segundo Lancetti (2001), o PSF tem como propostas:

- 1- Singularizar a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário, um número, para transformarem-se em biografias;
- 2- Descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- 3- Desenvolver vínculos com a comunidade, com a ajuda do agente comunitário de saúde;
- 4- Aperfeiçoar a cobertura, pois o Programa atende por necessidade e não por demanda;
- 5- Abordar problemas na própria região, evitando-se encaminhamentos desnecessários e contando com os recursos da comunidade;
- 6- Contribuir para a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas.

Considera-se, pois, que a articulação entre saúde mental e atenção básica se impõe como algo inadiável para os atuais gestores em saúde. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental.

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental.

Segundo Teixeira (2005, p. 228), são características fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS):

A extensão e a capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede; 2. Sua atuação referida a demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os "problemas da vida" e a "patologia" objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras fundamentais: a importância excepcional

que adquire neste espaço [as chamadas] “tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais”, ou em outras palavras, a importância das tecnologias de conversa que facilitariam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão.

Tais características indicam claramente a potencialidade de a atenção básica se constituir no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador, assim como com as relações de tutela e controle social do louco. Além disso, consideramos que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como *locus* privilegiado da intervenção.

Dentro desse contexto, as unidades básicas de saúde devem funcionar como eixos de assistência que visam dar suporte técnico e institucional ao trabalho realizado pelos profissionais do PSF. Centrar o trabalho na atenção básica em saúde a partir do atendimento domiciliar “aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas” (TRAD e BASTOS, 1998, p. 431).

A integração do PSF com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos ‘especialismos’, ainda muito arraigada à cul-

tura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura. Tal perspectiva conduz inevitavelmente a uma discussão a respeito do caráter ideológico do mandato social das profissões envolvidas no campo da saúde e da “ vaidade ” que atravessa o mundo “ psi ”, que sedimenta a saúde mental como espaço privativo dos profissionais que nele atuam.

Ao partir da concepção de que a articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, que a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação, estabeleceu-se como objetivo de pesquisa traçar o perfil da demanda em saúde mental em áreas de abrangência de duas equipes do Programa Saúde da Família. As equipes trabalham na comunidade de Nordelândia e Boa Esperança, no bairro Lagoa Azul, localizado no distrito sanitário norte de Natal. Para tanto, delimitou-se como foco de investigação os usuários que fazem uso de medicação psicotrópica e/ou têm histórico de internação psiquiátrica. Objetivou-se ainda mapear os casos de transtorno mental na família, as estratégias de cuidado e serviços procurados, o recebimento de benefício, o histórico medicamentoso e de internação psiquiátrica e a forma pela qual se deu a(s) internação(ões).

A realização desse mapeamento justifica-se por várias razões. Em primeiro lugar, pelo fato de as unidades básicas de saúde ou do PSF responderem, geralmente, por um percentual mínimo da demanda em saúde mental, quando poderiam ser as primeiras opções de acolhida e atenção. Isso evitaria que o hospital psiquiátrico se mantivesse como a porta de entrada na rede de saúde. Em segundo lugar, de acordo com as diretrizes da política da Secretaria Municipal de Natal (2005), é preciso conhecer o perfil epidemiológico em saúde mental do território adscrito de cada Unidade de Saúde da Família - USF.

Por fim, a focalização nos egressos de hospitais psiquiátricos e usuários de psicotrópicos justifica-se por comporem um grupo que apresenta pro-

blemas crônicos e precisa de atenção prioritária, que demanda ações que impeçam o retorno ao manicômio e que quebrem a lógica da medicalização generalizada, da utilização maciça e crônica de psicofármacos pela população de bairros periféricos de Natal, prescritos pelos mais diversos especialistas médicos e sem acompanhamento profissional adequado, tal como relatado por Alverga & Dimenstein (2005).

Entretanto, mesmo com todas as experiências bem sucedidas realizadas pelo país, as iniciativas de alguns gestores locais e a existência de um campo de discussão consolidado em termos da articulação saúde mental/atenção básica, acredita-se que os modos de cuidado produzidos na perspectiva da integralidade são ainda muito incipientes. As equipes não estão capacitadas para atender essa demanda e, na maioria das vezes, atribuem esse papel a profissionais como psiquiatras e psicólogos, delimitando o campo de atenção a esses dois especialistas.

Sabemos também que ainda há muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure enquanto porta de entrada para os serviços. Esta realidade confirma a dificuldade de inserção da saúde mental na atenção básica e o papel centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na rede de cuidados. Considera-se que é preciso conhecer a qualidade do atendimento que é ofertado, que práticas de saúde são produzidas, ou seja, que estratégias podem ser produzidas pelos serviços de atenção básica para que essa demanda em saúde mental encontre resolutividade na própria unidade básica e não seja necessário recorrer ao hospital psiquiátrico.

Nota-se que a tendência hospitalocêntrica ainda não foi abandonada por completo, o que dificulta o crescimento do sistema extra-hospitalar e multiprofissional que já vem sendo alvo de debates desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Na ocasião, foi proposto também o não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes; a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; a implantação de recursos assistenciais substitutivos como CAPS, hospital-dia, lares protegidos etc; a recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares e a emergência psiquiátrica funcionando em hospitais gerais.

Apesar disso, inúmeros problemas ainda se apresentam para a concretização dos objetivos e princípios da reforma psiquiátrica em todo o país. Um deles concerne à necessidade de desconstrução da visão essencializada e psiquiatrizada de loucura circunscrita à doença mental. É preciso também se trabalhar com a noção ampla de saúde mental, que contemple as condições concretas de vida dos sujeitos, evitando a institucionalização e a patologização do sofrimento e de experiências disruptivas. Segundo Amarante (1995, p.52):

[...] torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar sobre si, da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado.

Outra questão refere-se à articulação entre atenção básica e atenção secundária, isto é, entre equipes inseridas em unidades de atenção primária e em serviços substitutivos. Essas duas formas de prestação de cuidados devem estar articuladas, de forma que o princípio da referência/contrareferência possa ser atendido, e o usuário não vá direto ao hospital psiquiátrico, nível terciário de atenção. De acordo com documentação do Ministério da Saúde (2003),

A ampliação do acesso e da resolutividade da atenção básica é condição *sine qua non* para reorientação e redimensionamento dos fluxos de referência para outros níveis de atenção, facilitando o acesso da população a ações e serviços o mais próximo possível de seu domicílio. A reorientação dos fluxos de usuários deverá resultar na diminuição da pressão de demandas inadequadas sobre serviços de maior complexidade liberando-os para absorver melhor as demandas para as quais de fato foram constituídas (p. 121).

De acordo com o Projeto de Saúde Mental elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal (2005), atualmente, o eixo norteador da política de saúde mental em todas as esferas de governo é a consolidação e a expansão de uma rede extra-hospitalar e a articulação entre os diversos dispositivos existentes. Nesse sentido, foi definido como uma das prioridades do Projeto a organização das ações de saúde mental na atenção básica, através de estratégias metodológicas tais como: a capacitação continuada

para os profissionais da rede e a sistematização do apoio matricial às unidades de saúde da família, com conseqüente desenvolvimento de ações compartilhadas entre as equipes especializadas e de atenção básica.

Metodologia

Nordelândia e Boa Esperança dispõem de uma unidade de saúde que oferece cobertura a essas localidades, composta por duas equipes de saúde da família, totalizando 22 profissionais. Para a realização da pesquisa foi necessário seguir as diversas etapas:

Durante o segundo semestre de 2004 foram feitos contatos com os responsáveis pela unidade de saúde para obter permissão para realizar o trabalho de campo, além de contatos com o administrador, os profissionais das duas equipes e os agentes comunitários de saúde, para explicitar os objetivos do trabalho.

Obtido o compromisso de colaboração dos profissionais e a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foram consultados os prontuários da unidade de saúde e identificados, por meio da ajuda dos agentes comunitários, os participantes da pesquisa. Após a identificação, iniciaram-se as visitas domiciliares, sempre acompanhadas pelos agentes.

A coleta de dados foi iniciada ainda em 2004 e finalizada entre fevereiro e março de 2005. Foi realizada na casa dos participantes e contou com a participação de estagiárias do curso de psicologia da Universidade.

Utilizou-se um questionário semi-estruturado para identificar os dados sócio-demográficos, o histórico de internação psiquiátrica e o uso de medicação psicotrópica entre os moradores da comunidade. Tal instrumento já tinha sido utilizado numa pesquisa anterior (com objetivos semelhantes), no bairro de Cidade Nova, no ano de 2001. Optou-se por reutilizá-lo, por atender aos objetivos da pesquisa e por Nordelândia e Boa Esperança apresentarem um quadro socioeconômico e cultural semelhante ao de Cidade Nova, caracterizado por extrema pobreza, ausência de saneamento básico, de coleta regular de lixo, de vagas para as crianças nas escolas e utilização de drogas por adolescentes e jovens.

Resultados

Foram realizadas 59 entrevistas com 34 usuários do sexo feminino e 25 do sexo masculino. Os dados sobre as mulheres apontaram que a faixa etária

predominante situa-se acima dos 30 anos ($n = 30$). Três mulheres têm idade inferior a essa e uma não respondeu. Entre os homens, a faixa etária também se concentra acima de 30 anos ($n = 14$). Dez participantes estão abaixo dessa faixa etária e apenas uma pessoa não respondeu.

A maioria das mulheres ($n = 19$) é natural do interior do Rio Grande do Norte, ao contrário dos homens que, em sua maioria ($n = 16$) é de Natal. Os dados acerca da situação conjugal dos participantes demonstraram que 11 mulheres e 14 homens são solteiros, 14 mulheres e 10 homens vivem em união consensual, seis mulheres e dois homens são divorciados, e três mulheres viúvas. A média de filhos é de um a três entre homens e mulheres ($n = 18$ mulheres e $n = 9$ homens). Nove mulheres e três homens possuem mais de quatro filhos. Observou-se que os participantes do sexo masculino, em sua maioria, não possuem filhos ($n = 13$).

Quanto à escolaridade, a maior parte dos entrevistados possui o ensino fundamental incompleto ($n = 20$ mulheres; $n = 17$ homens). Em relação à ocupação, tanto na amostra feminina quanto na masculina há um grande número de pessoas que não tem ocupação definida ($n = 23$ mulheres; $n = 22$ homens).

Dez mulheres e três homens trabalham e uma mulher e três homens não responderam a esta questão. Dentre as 23 mulheres que não estão trabalhando, 13 já exerceram alguma profissão; entre os homens, apenas oito já trabalharam. Entre as mulheres que possuem ocupação, encontram-se também donas-de-casa.

A renda pessoal dos entrevistados se concentra na faixa de um a dois salários mínimos mensais ($n = 11$ mulheres; $n = 9$ homens); entre eles, quatro participantes têm renda pessoal menor que um salário mínimo. Poucos entrevistados têm renda superior a essa faixa: um deles declarou receber de um a três salários mínimos e outro, de três a quatro salários. Os que não têm renda somam 19 pessoas, enquanto 14 não responderam às questões.

Dois participantes relataram morar sozinhos, 12 moram com cônjuge e filhos, nove participantes vivem com pai, mãe e irmãos e dois não especificaram. Entretanto, percebeu-se que a maior parte das pessoas ($n = 33$) vive em configurações familiares complexas e variadas, que incorporam parentes e amigos. Dos entrevistados, 45 têm moradia própria, 11 moram em imóveis alugados e três moram em residências cedidas por outrem.

Em relação ao recebimento de benefícios, 36 participantes afirmaram não tê-los e 23 disseram receber pensão ou aposentadoria ou o benefício do

programa bolsa-família.

A maioria dos entrevistados (n = 40) registrou a existência de casos de transtorno mental na família. Dezoito afirmaram não apresentar o problema e um respondeu não saber. O grau de parentesco dos que responderam ter caso desse transtorno na família concentrou-se nos irmãos (n = 15), seguido de primos (n = 11), pai e mãe (n = 8), tios (n = 6), avós e filhos (n = 5) e, por fim, cônjuge (n = 13).

Quanto ao histórico medicamentoso, observou-se que a maioria dos entrevistados (n = 50) faz uso de psicotrópicos (n = 31 mulheres e n = 19 homens) e nove não o fazem (n = 3 mulheres e n = 6 homens). O período de utilização dos medicamentos varia de menos de um ano a mais de 30 anos. Percebeu-se que entre as mulheres, a maioria faz uso de psicotrópicos durante o período de um a cinco anos (n = 9) e a segunda maior parte registra de 21 a 30 anos de consumo (n = 8). A maior parte dos homens utiliza psicotrópicos por um período de um a cinco anos.

Os medicamentos psicotrópicos mais utilizados pelos participantes são: Diazepan, Gardenal, Haldol e Amplicitil, que são indicados para tratar os sintomas de depressão, epilepsia, deficiência mental (citados pelos homens) e nervosismo, insônia, sintomas psicomotores (rigidez da musculatura e tremores) e convulsões (citados pelas mulheres).

Os psicofármacos, em sua maioria, são receitados por psiquiatras (n = 29), clínicos gerais (n = 13), pediatras (n = 5) e neurologista (n = 1). Dois entrevistados não informaram por quem eles foram receitados. As receitas dos medicamentos são válidas, em média, por períodos de dois a três meses. Os principais pontos de aquisição das receitas são hospitais psiquiátricos (n = 16), posto de saúde (n = 11), a pastoral (n = 6), hospitais gerais (n = 13), Caps (n = 1) e hospital-dia (n = 1). Apenas dois participantes não responderam a questão. Os entrevistados relataram renovar suas receitas em postos de saúde (n = 16), em hospital psiquiátrico (n = 9), na pastoral (n = 6), em hospitais gerais (n = 8) e no Caps (n = 1). Dez entrevistados não deram informações sobre esse item.

A maioria dos participantes procurou ajuda logo após o aparecimento dos sintomas. Os principais lugares procurados foram os hospitais gerais e, em segundo lugar, os usuários recorreram principalmente aos hospitais psiquiátricos (n = 15) e ao posto de saúde (n = 13). Destaca-se o baixo percentual de busca pelos serviços substitutivos: apenas dois usuários buscaram atendi-

mento no Caps e um no hospital-dia.

Verificou-se que 40,7% (n = 24) dos entrevistados (16 mulheres e oito homens) já sofreram internação. Destes, 41,7% (n = 10) já registraram de uma a três internações, 12,5% (n = 3) de quatro a seis, 12,5% (n = 3) acima de seis internações (nove e 33 vezes) e 25,2% (n = 7) não lembram quantas vezes já foram internados.

Entre clínicas e hospitais psiquiátricos, o Hospital João Machado recebeu o maior número de internações (47,7%), a Clínica Santa Maria recebeu 31,4% delas e a Casa de Saúde Natal, 17,1%. Um entrevistado não respondeu a questão e outro foi internado em um hospital no interior do estado e não se lembrou do nome da instituição. A média do período de internação foi de um a dois meses.

Grande parte das internações foi involuntária (75%, n = 18). Foram registradas três internações voluntárias e três entrevistados não responderam a essa questão. Entre todas as internações involuntárias, apenas quatro foram notificadas ao Ministério Público.

Os principais motivos alegados para a ocorrência de internação voluntária ou não, citados pelos participantes, foram: agressividade, agitação, desmaios, pensamento incoerente, alucinações, insônia, comportamento infantilizado, delírios, inapetência. Alguns participantes disseram não saber por que foram internados.

Com relação ao diagnóstico, dez pessoas disseram não o terem recebido; 17 pessoas não sabem qual é, não lembram ou não responderam a questão. Dos que conhecem seu diagnóstico, encontramos casos de depressão (exclusivamente entre as mulheres), esquizofrenia (exclusivamente entre os homens), transtorno esquizo-afetivo, desvio cerebral, epilepsia, deficiência mental, "loucura", convulsão, estresse, lesão cerebral, alcoolismo e "problema na cabeça".

Em relação ao tratamento para esses usuários, os medicamentos ocupam o lugar de destaque (51), seguidos de psicoterapia (11), internação (quatro), terapia ocupacional (dois), fonoaudiologia (dois), serviços substitutivos (dois) e exames (um).

Foi registrado que, atualmente, 18 pessoas (30,5%) não recebem qualquer tipo de acompanhamento. Trinta e oito usuários (64,4%) disseram recebê-lo e três não responderam. Dentre os profissionais responsáveis por esse acompanhamento, em primeiro lugar se encontra o psiquiatra (44,7%,

n = 17), seguido pelo clínico geral (23,7%, n = 9), além de psicólogo (três), neurologista (um), pediatra (um), fonoaudiólogo (um), e profissionais do Centro de Reabilitação Infantil (dois) e Caps (um). Para 13 participantes, esse acompanhamento esteve restrito a uma visita ao médico para renovação da receita.

Discussão e Considerações Finais

De acordo com os resultados apresentados, consideramos que a saúde mental tem se configurado ainda como um campo de saber e de práticas não articulado às ações básicas de saúde desenvolvidas no Sistema Único de Saúde - SUS. Apesar de estarem referenciados pelos princípios da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, de conceberem que suas ações precisam estar articuladas a outras que extrapolam o setor saúde, os atores do campo da saúde mental precisam, ainda, construir caminhos pra efetivar tal articulação.

Como consequência dessa realidade, constatou-se a existência de considerável demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional nos serviços de atenção primária. Observou-se, ainda, o uso constante e elevado de benzodiazepínicos na população pesquisada. O problema em relação a esses medicamentos está, especialmente, na falta de acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde e em seu uso crônico.

Nota-se que a utilização de medicamentos é vista como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, em seus diferentes níveis. Aliada à assistência em saúde mental desvinculada da atenção básica de cuidados primários, que supervaloriza a internação psiquiátrica, a questão da medicalização se agrava, pois se firma como o único recurso disponível àqueles que necessitam desse tipo de cuidado e como recurso que se perpetua na vida desses sujeitos, tornando-os dependentes de tais medicamentos. A prescrição e o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos é, pois, fenômeno presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, mas não só em nossa realidade. Tal consumo está relacionado ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde, bem como às demandas de felicidade características da modernidade, "concretizáveis" por meio dos medicamentos,

especialmente os psicotrópicos.

Nota-se também o alto índice de internações em instituições psiquiátricas entre os participantes, muitas de forma involuntária e sem comunicação ao Ministério Público. Consideramos que uma internação se justifica somente depois de esgotadas todas as tentativas terapêuticas e recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial. Sabe-se que toda internação psiquiátrica involuntária deve, no prazo de 72, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento onde tenha sido feita. Esse mesmo procedimento também deve ser adotado na ocasião da alta. Ao Ministério Público Estadual, segundo o art. 10º da portaria nº 2391/GM/2002, cabe instaurar uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI e IPVI), que deve iniciar o acompanhamento desses casos no prazo de 72 horas após o recebimento da comunicação do fato. O órgão deve emitir laudo de confirmação ou suspensão do regime de internação em um período de sete dias. A Comissão deve ser formada por equipe multiprofissional que deve conter, no mínimo, um psiquiatra ou clínico-geral com habilitação em Psiquiatria (não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento onde for feita a internação), um profissional de nível superior da área de Saúde Mental (na condição anterior) e um representante do Ministério Público Estadual. Essas revisões são permanentes e devem ser realizadas periodicamente, enquanto o paciente estiver internado (Inverso, 2005).

Sabe-se que tal prática não foi estabelecida em Natal. As internações involuntárias são eventuais ocorrências na condução do tratamento psiquiátrico e, assim, não podem ser sumariamente condenadas. Entretanto, há uma infinidade de aspectos médicos, jurídicos, éticos e sociais que as tornam, muitas vezes, extremamente suscetíveis à violação de direitos humanos e civis. Por isso, somente devem ser indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, elas podem ocorrer nos domicílios e em instituições não psiquiátricas que dispõem de leitos específicos para a saúde mental.

Entretanto, consideramos que a redução do número de internações psiquiátricas, que no Brasil representa um dos índices mais elevados de gastos do Sistema Único de Saúde, possa ser efetivada com a inserção das equipes de saúde nas comunidades, especialmente no Programa de Saúde da Família. Entretanto, são poucos os estudos que tratam da questão de orientar o trabalho das equipes em termos de problemas e necessidades de saúde da

população, bem como do impacto das novas práticas de atenção e de cuidado à saúde na perspectiva da integralidade.

Alguns pontos importantes para essa reflexão são trazidos por Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003), especialmente no plano micropolítico do cotidiano dos serviços, no qual é possível pensar a criação de novos modos de se produzir saúde. Tais autores ressaltam três eixos norteadores: a capacidade de ouvir o usuário e acolher sua demanda, a capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas e a construção de projetos terapêuticos individualizados.

As estratégias substitutivas à internação podem ser os cuidados psiquiátricos em hospitais gerais, em hospitais-dia, em residências terapêuticas, nos CAPS com tratamento ambulatorial (sobretudo os atendimentos em grupo), em oficinas terapêuticas etc. Além dessas possibilidades, deve-se investir no atendimento domiciliar como estratégia extremamente importante e eficaz, especialmente porque se trata de uma técnica presente no cotidiano das equipes dos serviços de atenção primária à saúde. Além disso, observou-se o percentual de usuários que se referiram à existência de transtorno mental em membros de suas famílias, o que aponta para a necessidade de se trabalhar os espaços familiares, já que inexistem especialistas e/ou recursos para tratar de muitas delas. Isso significa que a atenção familiar é uma estratégia que precisa de maior atenção não só por reduzir e organizar a demanda de usuários na unidade de saúde, mas por possibilitar a prática do acolhimento, da escuta, entendidos enquanto encontro de subjetividades. A prática também permite que a equipe possa captar a dinâmica familiar, conhecer mais de perto os conflitos cristalizados e as dificuldades enfrentadas para o acolhimento ao portador de transtorno mental.

Consideramos, tal como Romagnoli (2004), que o trabalho com as famílias possibilita romper com os fortes sentimentos de impotência e culpa vividos pelas mesmas, tirando-as do isolamento, bem como captar as linhas de forças, de ruptura com o estabelecido, de reprodução das relações, inaugurando novas formas de convivência, novos territórios existenciais familiares, promovendo encontros que ativem a capacidade de criar outras possibilidades de vida.

A utilização das equipes ligadas à atenção básica (entre as quais se situam as do PSF), como estratégia de assistência à saúde mental no nível primário, não vem conseguindo oferecer atenção desse tipo à crescente de-

manda de sujeitos que necessitam de cuidados, o que estimula a maior procura pelos hospitais psiquiátricos. Tal situação, em parte, deve-se à falta de capacitação das equipes, à dinâmica institucional, à organização do trabalho e estrutura dos serviços, mas também à dificuldade de sermos “antimanicomiais até o último fio de cabelo” (LANCETTI, 2001, p. 41), ou seja, de ativarmos a capacidade de

[...] percepção lúcida das formas de existência que a favorecem ou não, a delimitação e a recusa conscientes das formas de agir e existir empobrecedoras da vida social e opressora da subjetividade, e finalmente, a recuperação do gosto pelo fato da vida ser, por essência, perecível, renovável e variada, matéria plástica à disposição do homem que se faz criador de si mesmo e de modos mais solidários de convivência. (NORONHA, 2005, p. 1)

Outro ponto importante no que se refere ao tipo de atendimento é o baixo índice de pessoas que são atendidas em serviços substitutivos. Conclui-se que os serviços existentes são numericamente insuficientes e têm pouca capacidade de absorção da crescente demanda, talvez pelo excessivo tempo de utilização desses recursos, com insuficiente registro de altas. Esse fato implica a produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente para a produção de saúde no meio social do indivíduo. Dessa forma, o tipo de cuidado que vem sendo produzido contrasta com o proposto pela reforma psiquiátrica em dois de seus aspectos mais fundamentais: a desconstrução de saberes e práticas restritas à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de base comunitária, na concretude cotidiana dos espaços por onde circula a loucura.

É preciso, dessa maneira, avançar mais na expansão da atenção na rede básica e fortalecer o lugar do CAPS, por exemplo, como dispositivo transitório que funciona preferencialmente na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes e promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio.

Basaglia (AMARANTE, 1995), acreditava que a desmontagem do aparato manicomial e do paradigma psiquiátrico clássico estava diretamente relacionada à luta contra a desigualdade social, a exclusão das diferenças, a marginalização da figura do louco associado ao perigo e à desordem social, ou seja, ele partia do pressuposto de que as más condições de vida (a pobreza, a miséria), o estado de degradação social e subjetiva em que vive

uma população, eram fontes de mal-estar coletivo que, por sua vez, são fonte de enfermidades, incluindo a loucura. Ele lutava pela produção de novas formas de sociabilidade e reinvenção de práticas ancoradas numa racionalidade solidária que se relaciona com o sofrimento e a diferença, sem excluí-los da experiência existencial humana.

Em certo sentido, a proposta da atenção básica é produzir cuidados primários em saúde, construindo “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” como afirma Deslandes (2004), indicando que não se trata apenas de operacionalizar novos serviços, mas de produzir relações, encontros, coletividades, territórios existenciais pautados por novas sensibilidades. Sobre isso, Guattari (1993, p. 34) esclarece:

A suavidade é um dado imediato da subjetividade coletiva. Ela pode consistir em amar o outro em sua diferença, em vez de tolerá-lo ou estabelecer código de leis para conviver com as diferenças de um modo tolerável. A nova suavidade é o acontecimento, o surgimento de algo que se produz e que não é eu, nem o outro, mas, sim, o surgimento de um foco enunciativo.

Trata-se, portanto, da instauração de processos micropolíticos cuja dimensão ética é evidente, pois “o cuidado com a existência, própria e dos outros, passa a ser orientado pelo desejo de reorganização de relações sociais caracterizadas pela multiplicidade de forças e recursos acrescido do aumento na apreciação dos diferentes modos de ser sujeito.” (NORONHA, 2005, p. 5).

Ou seja, se acionam movimentos de apreço à vida, ações no mundo, cuja direção é subjetiva e social.

Por fim, podemos dizer que o que foi discutido até o momento reforça a importância de um trabalho de análise e de integração dos cuidados em saúde mental ao nível primário de assistência à saúde, com especial destaque às unidades de saúde da família. Assim, é necessário produzir, junto à equipe de PSF, modos mais eficazes de efetuar a atenção integral, valorizando o sujeito e seu sistema de relações sociais.

A partir desses dados pretendemos produzir uma reflexão junto às equipes de PSF dos bairros pesquisados sobre os resultados da investigação, bem como em termos da produção de cuidados em saúde mental com realização de grupos focais.

Referências

- ALVERGA, Alex & DIMENSTEIN, Magda. (no prelo). Salud mental en la atención básica. Construyendo la integralidad en el Sistema Unico de Salud en Brasil. *Revista Alternativas en Psicología*. México, 2005.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1407/94 de 8 de junho de 1994. Inverso. Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3454.htm>>. Acesso em: ago. 2005.
- CASÉ, Vânia. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: *Saúde e Loucura 7*. São Paulo: Hucitec, p.121-136, 2001.
- DESLANDES, Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, 9(1), 7-14, 2004.
- GUATTARI, Felix. O paradigma estético. *Cadernos de subjetividade*, São Paulo, 1(1), 29-34, 1993.
- LANCETTI, Antonio. Saúde mental nas entranhas da metrópole. *Saúde e Loucura 7*. São Paulo: Hucitec. p.11-52, 2001.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, jan./mar, 3(1), 113-125, 2003.
- NORONHA, Patrícia. *Micropolíticas da Alegria na Clínica Coletiva na Saúde Mental Pública*. Texto apresentado no I Encontro da ULAPSI, São Paulo, 2005.
- ROMAGNOLI, Roberta. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. *Pulsional*, XVII(180), 71-80, 2004.
- SAMPAIO, José Jackson e BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: *Saúde e Loucura 7*. São Paulo: Hucitec, p.167-188, 2001.
- Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Projeto de Saúde Mental 2005. (Texto não publicado), 2005.
- SILVA, Maria do Carmo Ferreira et al. Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: *Saúde e Loucura 7*. São Paulo: Hucitec, p. 155-166, 2001.

SILVA JR., Aloísio Gomes; MERHY, Emerson; ELIAS, & CARVALHO, Luis Claudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Rubem A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SPECTOR, Rachel. Cultura, Cuidados de Salud y Enfermería. *Cultura de los Cuidados*. Universidad de Alicante - Espanha, ano III, n. 6, p. 66-72, 1999.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 585-598, 2005.

TRAD, Leny Alves Bonfim e Bastos; DE SOUSA, Ana Cecília. O Impacto Sócio Cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma Proposta de Avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

Agradecimentos

À equipe técnica, aos agentes comunitários da Unidade de Saúde de Nordelândia e às estagiárias do curso de Psicologia da UFRN que participaram do início da coleta de dados e nos ajudaram com o desenvolvimento da pesquisa.

Artigo recebido em: 5/9/2005

Versão revisada para publicação recebida em: 20/9/2005

Aprovado para publicação em: 3/10/2005

Demand for mental health in the Family Health Units

Abstract

Primary health care in the basic health units has become the ideal space for mental health interventions. We conducted an investigation of the mental health individuals that reside in the North Zone district in Natal. The criteria to identify the participants were: that they made use of psychotropic medication and that they had been released from a psychiatric hospital. Among other aspects, we observed that there is a repressed demand for mental health services, as evidenced by the high percentage of users that did not have professional follow-up in the primary care service units; high, constant, sometimes chronic use of benzodiazepinic agents, with no systematic control by the health team; lack of demand for alternative services such as the CAPS; the high number of cases of mental health problems in families and of psychiatric hospitalizations, sometimes involuntary.

Key words

mental health; public health services; primary health care; PSF; psychotropic.