

A INTERFACE DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA
[Mental health interface in primary care]
[La interfaz de la salud mental em la atención básica]

Fátima Büchele*, Dione Lucia Prim Laurindo**, Vanessa Freitas Borges***, Elza Berger Salema Coelho****

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica, bem como identificar como acontece essa integração em um município da Grande Florianópolis. Realizamos entrevistas com 20 profissionais integrantes de quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família. A partir da análise dos dados foram definidos dois eixos centrais com as respectivas categorias. O primeiro eixo – Assistência Psíquica ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica – evidencia que a assistência em saúde mental privilegia a tendência terapêutica medicamentosa e a assistência especializada. O segundo eixo – Ação de Cuidado – aponta uma lenta mudança em relação ao modelo de atenção à saúde demonstrado na perspectiva da prática interdisciplinar, do acolhimento e do vínculo. Identificamos a partir deste estudo as inter-relações que essa ação exige, ficando evidente que não há limite claro que demarque mudanças imediatas. Todavia, existem diferentes mecanismos que se ampliam a cada dia.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica; Saúde Mental; Saúde da Família.

ABSTRACT: This study objectified to verify actions on mental health developed in primary care and to identify how this integration is effected in a town of the Metropolitan Area of Florianópolis/ Brazil. We carried out interviews with 20 professionals who integrated 4 teams of the Family Health Program. The data had been recorded, transcribed and from their analysis, two (2) major axes were defined with their respective categories. The first - Psychic Assistance to Mental Disorders Bearers in Primary Care - evidences that mental health assistance privileges the trend for prescribing drugs and specialized assistance. The second axis – Caring Action – points out a slow change in relation to the health care model focused on the interdisciplinary practice of admittance and bond building. In this study, we identified the interrelations that this action demands, evidencing that there is not a clear limit which sets immediate changes, however there are different mechanisms which have been extended day by day.
KEYWORDS: Primary Care; Mental Health; Family Health.

RESUMEN: Este estudio objetivó conocer acciones de salud mental desarrollada en la atención básica e identificar como ocurre esa integración en un municipio de la grande Florianópolis. Realizamos entrevistas con los integrantes que actúan en cuatro equipos del Programa de la Salud de la Familia. Los datos fueron grabados, transcritos y, a partir del análisis, fueron definidos dos ejes centrales con sus categorías. El primero de ellos, Asistencia Psíquica al Portador de Trastorno Mental en la Atención Básica, evidencia que la asistencia en salud mental privilegia la tendencia terapéutica medicamentosa y la asistencia especializada. El segundo eje, Acción de Cuidado, apunta un lento cambio respecto al modelo de atención a la salud demostrado en la perspectiva de la práctica interdisciplinar, la acogida y el vínculo. Identificamos con los resultados de ese estudio las interrelaciones que esa acción exige, quedándose evidente que no hay límite claro que demarque cambios inmediatos, sin embargo existen diferentes mecanismos que se amplían cada día.
PALABRAS CLAVE: Atención Básica; Salud Mental; Salud de la Familia.

*Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

**Enfermeira especialista em Saúde da Família e do Programa DST/AIDS da Secretaria de Saúde de São José-SC.

***Enfermeira especialista em Saúde da Família. Professora Substituta do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

****Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Autor correspondente:

Fátima Büchele

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública, Sala 42 – 88040-900 – Florianópolis-SC
E-mail: buchele@mbx1.ufsc.br

Recebido em: 06/07/06

Aprovado em: 08/11/06

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil historicamente vem sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, a partir da procura espontânea aos serviços. Com a nova Constituição o Ministério da Saúde ampliou o conceito de saúde na tentativa de reverter esse modelo assistencial e isso vem norteando a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação.

O Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal, passa a ser um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Nesse sentido, a atenção básica tem sido uma denominação adotada no país como um conjunto de ações de saúde que englobam estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e atenção curativa. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade ⁽¹⁾.

Nesse cenário foi concebido pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se configura como plano de organização dos serviços de saúde e como estratégia ordenadora da atenção básica de saúde no SUS, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial com novas bases e critérios, em substituição ao modelo assistencial vigente.

Entende-se que a atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação ⁽²⁾.

Nessa direção, a saúde mental tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada contemplando a ESF. Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado.

A necessidade da criação dessa rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos seus diversos níveis deve contemplar a estruturação da atenção básica em saúde

mental com inclusão na ESF. Essa integração atualmente é vista como um desafio devido à complexidade que ainda hoje esse tema e essa ação suscitam.

A doença mental é, talvez, a que mais exige "solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social". As pessoas com sofrimento psíquico querem aquilo que é oferecido a qualquer paciente nas diversas áreas, ou seja, uma assistência digna, de qualidade, com resolutividade e de inclusão social ^(3,5).

Atualmente, tanto a estratégia de saúde da família quanto a reestruturação da atenção em saúde mental passam por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando o foco no modelo de saúde hospitalocêntrico, para um outro descentralizado, integrando serviços de saúde.

Considerando a necessidade de investigar como vem ocorrendo o desenvolvimento dessas atividades, objetivamos conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica e identificar como acontece essa integração em um município da Grande Florianópolis.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo do tipo descritivo-exploratório, inserindo-se na linha de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva, que tem por objetivo conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir, está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. A exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema. Com esse esforço é possível tornar um problema complexo mais explícito, condição imprescindível para o alcance dos objetivos por nós propostos ⁽⁴⁾.

Do total das 22 equipes de ESF existentes no município, escolhemos quatro delas por proximidade das nossas unidades de atuação. Participaram do estudo um médico, um enfermeiro, um agente comunitário de saúde, um dentista e um técnico em enfermagem, ou seja, cinco profissionais de cada equipe, totalizando 20 sujeitos. Esse estudo foi encaminhado ao comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aprovado de acordo com o parecer de número 291/05-UFSC.

Percorremos as equipes e aplicamos o instrumento de pesquisa que era composto por três questionamentos: O que você entende por atenção básica em saúde mental? Qual o desafio que você considera importante para haver uma integração das ações de saúde mental na atenção básica? Quais as ações de saúde mental que são desenvolvidas por vocês na atenção básica? As entrevistas a partir desses questionamentos foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras.

Após esse processamento, analisamos os dados sob a ótica do método hermenêutico-dialético proposto por Minayo ⁽⁵⁾, ou seja: ordenação dos dados: mapeamos os

dados obtidos através da entrevista e procedemos à releitura do material e organização dos relatos; classificação dos dados: definimos os eixos temáticos e suas respectivas categorias através de leitura exaustiva dos dados coletados, estabelecendo as falas relevantes para nossos objetivos e análise final: estabelecemos a relação entre os eixos, as categorias e o referencial teórico da pesquisa, promovendo, assim, a relação entre as falas advindas das categorias e referencial teórico.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir das falas dos profissionais participantes da pesquisa obtidas das entrevistas realizadas. Feita a análise, identificamos dois eixos centrais que nortearam discussão. O primeiro foi “Assistência ao Portador de Transtorno Mental na atenção básica”, composto pelas seguintes categorias: “Assistência especializada de saúde mental na atenção básica”, “Desafios para integração das atividades na assistência em saúde mental” e “Separação de usuários por diagnóstico de transtorno mental”. Para o eixo Ação de Cuidado instituímos as categorias, “Acolhimento”, “Interdisciplinaridade” e “Qualidade de vida”, conforme a descrição a seguir.

3.1. EIXO 1: ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O eixo denominado Assistência ao Portador de Transtorno Mental na atenção básica mostra, através das categorias que o compõe, como os profissionais que trabalham na atenção básica sentem-se diante desse tipo de atuação. Em um primeiro momento, referem-se às atividades como sendo especializadas e, em outro, como se aproximassem da atenção básica. Iniciamos, assim, a descrição das categorias que fazem parte desse eixo, com as respectivas falas dos sujeitos do estudo, contextualizando-as com a literatura pertinente.

3.1.1 Categoria 1: Assistência especializada de saúde mental na atenção básica

Esta categoria inclui os depoimentos que ressaltam a concepção dos profissionais sobre atenção básica em saúde mental. As falas demonstram que os profissionais deste estudo acreditam que a assistência em saúde mental na atenção básica está relacionada com a assistência especializada, ou seja:

“O que eu entendo é que deve ser dada assistência ao paciente (...) que tem algum problema mental. Eu entendo que deve ser visto como uma diferença e infelizmente nós não temos acesso (...)” (Sujeito 03).

“Ter alguém específico na unidade para dar essa atenção

(...) um psiquiatra, um neuro (...) eu acho que em primeiro lugar ter um especialista que a gente tivesse acesso mais rápido (...)” (Sujeito 10).

“O profissional vai saber que esse paciente precisa de um acompanhamento especializado (...)” (Sujeito 18).

Pode-se observar nas falas acima que os conceitos de atenção básica e a sua relação com a saúde mental são pouco compreendidos pelos profissionais. Não fica clara qual a atribuição deles diante desse tipo de atuação.

A Estratégia de Saúde da Família,

[...] contempla a integralidade no diagnóstico e na terapêutica, mas por razões culturais históricas, a saúde mental parece não fazer parte desta integralidade, sendo vista como atenção especializada, isolada nos centros responsáveis pelo “nível primário” de atenção à saúde mental ⁽⁵⁻⁴⁸⁾.

A afirmação de alguns profissionais em seus relatos demonstra uma concepção aproximada do que seja atenção básica:

“É um atendimento aos usuários em nível de prevenção e reabilitação do modo mais simples possível” (Sujeito 08).

“Toda pessoa tem o direito a todo tipo de assistência não só atrás de doença, remédio, porque a assistência psicológica também é uma assistência (...)” (Sujeito 02).

Em consonância com os princípios do SUS, atualmente o Ministério da Saúde descreve a atenção básica como ações de caráter individual ou coletivo que estão situadas no primeiro nível de atenção direcionada para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação ⁽¹⁾. Nessa dimensão, a saúde mental

[...] poderá atuar principalmente desfazendo o estigma médico de se especializar com afinco nas doenças e agravos de ordem fisiopatológica, permitindo, novamente, a individualização ‘roubada’ pela tecnologia laboratorial e radiológica, sem retirar sua importância no contexto da medicina baseada em evidência. O ser humano passa a ser visto como tal e não mais rotulado de “o portador de...” ⁽⁶⁻⁵¹⁾.

Assim, a saúde mental na atenção básica aponta para uma atuação mais próxima do acolhimento, do processo de humanização, fazendo disso seu instrumento para formação de profissionais melhor preparados para atender sua demanda.

3.1.2 Categoria 2: Desafios para integração das atividades na assistência em saúde mental

Um dos pontos ressaltados pelos entrevistados é a falta de capacitação na área da saúde mental, sendo isso apresentado como desafio para integrar as ações dessa área

na atenção básica, ou seja:

“É ter uma equipe capacitada para fazer esse tipo de conscientização para a gente largar um pouco essas medicações, e parar de dopar o paciente (...) e uma conscientização maior da sociedade” (Sujeito 04).

“Desafios, eu acho que o maior de todos são os profissionais capacitados para a área (...) a demanda é muito grande para poucos profissionais, acho que é o maior desafio” (Sujeito 15).

As falas que seguem essa discussão apontam como os profissionais sentem-se pouco capazes para desenvolver ações em saúde mental, ou sem condições de fazê-lo:

“Várias coisas faltando, desde medicamentos às vezes não tem, até a nossa equipe deve ser mais preparada para isso (...)” (Sujeito 19).

“Deveria ter mais gente trabalhando prá que isso funcione, e que às vezes são poucos funcionários sem nenhuma formação na área (...)” (Sujeito 06).

“A questão da capacitação em saúde está relacionada à possibilidade de apropriação de saberes e práticas que completem a perspectiva biopsicossocial”^(7:68). Esta questão está sendo pensada na reestruturação da assistência psiquiátrica, que preconiza a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família. Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Assim, a equipe compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades ou em atendimento em equipes⁽⁸⁾.

Existe também a necessidade da existência de serviços articulados entre si, ou seja:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e articuladas entre saúde mental e atenção básica^(2:6).

A dispensa de medicação psiquiátrica é uma maneira também referida pelos profissionais entrevistados, mas nos relatos abaixo fica implícita a tendência terapêutica que privilegia a medicalização do doente e da doença:

“O que está tendo por atenção básica de saúde mental aqui é passar medicamento (...)” (Sujeito 20).

“É o atendimento do paciente, ver se está sem atendimento médico, é tipo, entrega de medicação e, é difícil essa pergunta (...)” (Sujeito 17).

Apesar do esforço contínuo em integrar socialmente a pessoa com sofrimento psíquico, existe uma tendência terapêutica nas instituições psiquiátricas que privilegia a medicação do doente e da doença, procurando aliviar os sintomas. É sabido também que a assistência à saúde mental deve estar associada a outras modalidades terapêuticas que incluem a humanização do cuidado, o acolhimento, as equipes multiprofissionais, entre tantas. Sem os psicofármacos a desinstitucionalização estaria fadada ao fracasso, entretanto, a terapêutica não pode limitar-se a este procedimento⁽⁹⁾.

A partir dos dados analisados nesta categoria parece ser um desafio incorporar equipes de apoio matriciais na Estratégia de Saúde da Família. A falta desse mecanismo, ou de ações de capacitação efetiva, interfere na qualidade da assistência prestada. Porém, isso não impede que sejam desenvolvidas ações em saúde mental na atenção básica, ao considerarmos a lógica do modelo de atenção adotado pela ESF. Assim, independentemente do percurso que o usuário percorra, ele deve ser acompanhado pela equipe de atenção básica quanto a seus vínculos, sua cultura, sua inserção no território, entre outros componentes que forem pertinentes à situação.

3.1.3 Categoria 3: Separação de usuários por diagnóstico de transtorno mental

Esta categoria sugere a concepção da assistência prestada em saúde mental com base na separação por diagnóstico, o que evidencia o processo de institucionalização e asilamento como mostra a fala a seguir:

“Eu entendo que seria atenção primária, a triagem desse paciente né, por diagnóstico do problema que ele referir, diferente do paciente em crise que precisa de um atendimento hospitalar que seria uma instituição psiquiátrica, ou outro setor (...)” (Sujeito 16).

O processo da reforma psiquiátrica, em andamento desde a década de 1970, envolve fatores sócio-culturais arraigados também presentes nos profissionais deste estudo.

[...] a reforma psiquiátrica é definida como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria^(10:71).

Na perspectiva da atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família,

As Unidades Básicas de Saúde, principalmente aquelas cuja

estrutura funcional está relacionada com a estratégia de saúde da família, deveriam evitar que suas capacidades de atenção às necessidades em saúde das comunidades se resumissem aos processos fisiopatológicos das doenças e agravos. A melhoria da relação entre os profissionais de saúde e usuários, na perspectiva da humanização, poderia ocorrer a partir da compreensão do indivíduo como um todo: ser físico, mental, cultural, emocional e social ^(5:52).

O encaminhamento dos usuários de saúde mental para os especialistas é parte do processo de atendimento integral de atenção. O termo “triagem” usado em fala acima transcrito sugere uma separação dos usuários no sistema, que estigmatiza o sujeito portador de transtorno psiquiátrico, contrapondo-se ao acolhimento, que pressupõe a inversão de um modelo técnico assistencial por outro mais humanizado voltado à promoção da saúde, no seu sentido positivo, ou seja, com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, político, cultural, interagindo com as diversas instâncias em diferentes níveis.

A discussão desse primeiro eixo evidencia uma assistência em saúde mental fragmentada que privilegia uma tendência terapêutica medicamentosa, mostrando uma presença forte do modelo medicocêntrico, o que sugere desafios assistenciais importantes relacionados à melhoria da qualidade da assistência.

3.2. EIXO 2: AÇÃO DE CUIDADO

O eixo Ação de Cuidado foi demarcado por categorias que propiciam reflexões que nos remetem ao compromisso como cidadãos profissionais, com a possibilidade de participarmos ativamente na construção de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que estão sendo atendidos.

3.2.1 Categoria 1: Acolhimento

Esta categoria relaciona-se às ações em saúde mental desenvolvida na atenção básica em termos de cuidado como ouvir, escutar, orientar, como mostram as falas abaixo:

“Acho que a atenção básica é saber ouvir o paciente, tirar as dúvidas dele, explicar quanto às medicações. Saber que ele saia satisfeito do atendimento (...)” (Sujeito 11).

“(...) estar de bem com ela mesmo, com a família, com a comunidade (...)” (Sujeito 05).

“Primeiro é o atendimento, é essencial o atendimento no balcão, depois quando ela passa pela enfermeira, o atendimento da enfermeira e depois do médico, eu acho que isso é atenção básica na saúde mental” (Sujeito 03).

“Primeiro tem todo um caminho a ser percorrido na atenção básica aqui no posto para depois ter uma boa

saúde mental” (Sujeito 15).

O acolhimento é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a comunidade, resultando numa relação afetiva, técnica, acompanhada de uma escuta humanizada e direcionada às principais necessidades vividas ^(11:1488).

As afirmações anteriores são corroboradas pelas falas a seguir:

“A gente orienta, dá uma de “psicóloga” com eles na nossa triagem (...) quando são casos pequenos a gente tenta aconselhar, orienta para procurar algo para fazer (...)” (Sujeito 01).

“(...) então o que a gente faz é isso, orientar (...)” (Sujeito 10).

“(...) São uma busca de uma maior atenção, para o idoso, para criança, para a gestante num nível de conscientização em relação à saúde odontológica que afeta o mental por ser tão temido e doloroso” (Sujeito 13).

O acolhimento neste estudo fica evidenciado como uma ação realizada na atenção básica, em um primeiro atendimento pelos profissionais da unidade. Para a Estratégia de Saúde da Família isso pode representar a efetividade de princípios e diretrizes fundamentais de sua prática como a integralidade, o vínculo e a resolutividade. É possível reconhecer, na estratégia de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais na atenção e no cuidado em saúde ⁽¹²⁾.

Como diretriz operacional, o acolhimento propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. O serviço de saúde assume sua função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Qualificar a relação trabalhador-usuário que deve estabelecer parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania ^(13:347).

Nessa perspectiva, o acolhimento contribui para a satisfação do usuário à medida que possibilita regular o acesso das ações e serviços. “O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço” ^(11:1487). No entanto, o acolhimento demonstrado nas falas pareceu estar ligado apenas a uma de suas vertentes, ou seja, o espaço de diálogo e de escuta, faltando, no nosso entender, a interface da integralidade do sujeito, bem como a perspectiva interdisciplinar.

3.2.2 Categoria 2: Interdisciplinaridade

Na categoria “Interdisciplinaridade”, ficaram estabelecidas falas que demarcam a importância de um trabalho que integre as atividades desenvolvidas entre os diferentes profissionais que fazem parte das equipes da saúde da família, ou seja:

“ Eu acho importante ter uma assistência de todos os membros da equipe e que também seja intersetorial, que tenha ações vindas de todas as categorias, tanto no nível de assistência tanto no da própria saúde e que tenha envolvimento de todos” (Sujeito 05).

“ O desafio é justamente focalizar aonde tá a necessidade da atenção na área médica, odontológica, de enfermagem, da assistente social, de forma ampla, integrada, onde as diferentes profissões da saúde possam direcionar suas atividades e juntar conhecimentos para ajudar na atenção” (Sujeito 14).

O termo “interdisciplinaridade” é facilmente confundido em nosso meio com o trabalho em equipe multiprofissional, grupos profissionais, entre outros. Porém, estas falas caminham na direção da interação das disciplinas, que trocam entre si suas especificidades, mas que têm como essência a necessidade uma da outra, a de conversarem dialeticamente para o seu próprio entendimento, o que permite a produção de um conhecimento integral, reconhecendo a complexidade dos fenômenos existentes e suas múltiplas determinações.

Dessa forma, percebemos que um trabalho interdisciplinar exige também um pensamento interdisciplinar das equipes, sem a intenção de ensinar e nem de aprender, mas de viver e agir, sobretudo permitindo o envolvimento dos seus membros. Sem esse pensamento de integração entre os saberes, fica ainda mais difícil o cuidado integral:

[...] torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais ^(14:20).

Assim, esta categoria sugere que o trabalho interdisciplinar e integral pode remodelar as ações de saúde mental para adequá-las às necessidades da população.

3.2.3 Categoria 3: Qualidade de vida

Nesta categoria observamos que a prática da assistência à saúde pode produzir mudanças com iniciativas que visam construir outros modos de promover a saúde,

colocando em prática os preceitos do SUS.

“ Eu acho que saúde mental tem que ter um momento de lazer, a sua atividade física, tem que ler bons livros, acho que seria atenção básica (...) (Sujeito 09).

“ A acho que primeiro de tudo é a equipe conhecer toda a sua área (...). Estabelecer não só pra cada família, mas também ter um plano pra comunidade em geral para melhorar a qualidade de vida deles” (Sujeito 12).

“ Eu entendo como saúde mental é tudo que está envolvida com a qualidade de vida do paciente, desde as condições de higiene, no meio que ele vive (...) tudo está relacionado com a qualidade de vida dele, com o bem-estar, que vai refletir depois na saúde dele como num todo, não só mental, mas como num todo (...) (Sujeito 07).

Os termos “qualidade” e “qualidade de vida” são definidos como

[...] atributos, como características ou propriedades de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal. Qualidade de vida, enquanto produto e processo, diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida, e ao sentido que tem para cada ser humano. Diz respeito às “características do fenômeno da vida”, ao “como se apresenta”, ao “como se constrói” e “como o indivíduo sente” o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas ^(15:50).

Nesse sentido, a qualidade de vida e de saúde do ser humano expressa suas possibilidades, limitações individuais e coletivas. A promoção da saúde aparece como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política em que os diversos setores da sociedade são co-responsáveis pela qualidade de vida da população, em que todos são participantes pela sua proteção e seu cuidado. Dessa maneira, a promoção da saúde está relacionada com os modos de vida da população e o exercício da cidadania ⁽¹⁾. Assim,

O reconhecimento da saúde como direito à cidadania impõe uma responsabilidade maior para a equipe do PSF. Neste sentido, é necessário rever o papel da equipe, dos gestores, e dos usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder. Cidadania caminha ao lado da democracia, e democracia se faz em ato ^(13:21).

Finalizando a descrição dos resultados, consideramos que cada eixo aqui discutido, com suas respectivas categorias, traz dentro de si diferentes desafios para a integração das ações de saúde mental na atenção básica, ou seja, cada fala sugere algum propósito na busca de alternativas que visam contribuir com a saúde das pessoas atendidas pelos profissionais que desenvolvem suas atividades nos serviços básicos de saúde.

4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os resultados encontrados através da análise dos dados levaram-nos a instituir dois eixos que apontam para ações em saúde mental, desenvolvidas na atenção básica, sob diferentes concepções do pensar/fazer saúde.

O primeiro deles – Assistência Psíquica ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica – mostra que a assistência em saúde mental privilegia a tendência terapêutica e a assistência especializada, evidenciando a presença forte e ainda marcante do modelo medicocêntrico, bem como a concepção pouco clara que os profissionais referem sobre o conceito de atenção básica.

O segundo eixo – Ações de Cuidado – aponta uma lenta e gradativa mudança em relação ao modelo de atenção à saúde, demonstrada pela perspectiva da prática interdisciplinar, do acolhimento e do vínculo, possibilitando, dessa maneira, um trabalho voltado para a promoção da saúde.

Consideramos que essas ações podem evidenciar a efetivação dos princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, a ESF pode ser vista como mediadora no processo de mudança das práticas no campo da saúde mental, bem como um elo para o fortalecimento do SUS, traduzindo-se na melhora da assistência à saúde do cidadão brasileiro. “A construção de novos caminhos, bem como a perspectiva de se terem novas práticas exigem a reconstrução de conceitos antigos e o traçar de novas trajetórias”^(16:89).

Os resultados mostram de maneira discreta como ocorre a integração das ações de saúde mental na atenção básica nesse município da Grande Florianópolis, e conhecemos, através destes profissionais, o que pensam e fazem a respeito. Dessa forma, fica evidenciada a interface que esse tipo de atividade exige, mas ressaltamos que não há limite claro que demarque mudanças imediatas. Todavia, existem diferentes ações que se ampliam a cada dia.

Nesse sentido como profissionais da saúde, devemos somar esforços, potencializando nossos conhecimentos, com propostas inovadoras de integração entre os diversos setores institucionais e intersetoriais, buscando novos desafios com objetivos claros, que contemplem nossos instrumentais de investigação, mas que não percam de vista uma minuciosa ação humanizada de atenção.

A trajetória deste estudo nos possibilitou uma maior compreensão acerca da complexidade desse tema, levando-nos a repensar nossa prática profissional. Tem sido cada vez mais ampliado o campo de atuação da saúde mental, e assim ressaltamos a importância de estudarmos sua inserção na atenção básica. A trajetória deste estudo nos possibilitou uma maior compreensão acerca da complexidade desse tema, levando-nos a repensar nossa prática profissional. Este estudo propiciou uma aproximação com a realidade vivida, contribuindo para uma reflexão mais ampla sobre a prática de trabalho que vem sendo desenvolvida no município.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Produto do trabalho da comissão instituída pela Portaria nº 676 GM/MS de 3 de julho de 2003 publicado no DOU em 4 de julho de 2003. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Atenção Básica. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. (20/06/05).
2. Serrano AI. Pesquisa sobre as estratégias para a operacionalização das ações de Saúde Mental em Santa Catarina. Itajaí; 2004. [dissertação]. Florianópolis(SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2004.
3. Delgado P. Humanização de tratamento psiquiátrico no Brasil: a importância da lei 10.216 de Paulo Delgado. Cidadania outros olhares. Câmara do Deputados. Brasília: DF, 2001.
4. Rauen FJ. Elementos de iniciação a pesquisa. Rio do Sul: Nova Era; 1999.
5. Minayo MCS, organizadora. Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
6. Ferreira FR, Machado TCP. Substâncias psicoativas no contexto de saúde pública: uso e abuso. Saúde mental e atenção básica. *Dynamis, Rev Tecno-cientif* 2004.;2(46).
7. Fait CS. Percepções sobre a atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde – Escola Murialdo. Porto Alegre; 1997.
8. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.
9. Brodbeck IM. Reforma psiquiátrica: a universidade como parceria na construção de um novo paradigma de atenção ao indivíduo portador de transtorno psiquiátrico. [dissertação]. Tubarão(SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2001.
10. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
11. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(6):1487-94.
12. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ Abrasco; 2003
14. Pinheiro R, Gomes MCPA. Acolhimento, vínculo e integralidade: o poder do discurso ou o discurso sem poder? Algumas reflexões sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro: UERJ; 2005.
15. Patricio ZM, Casagrande JL, Araujo MF, organizadores. Qualidade

de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através dos novos paradigmas. Florianópolis; 1999.

16. Nascimento AAM, Braga VAB. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. *Cogitare Enferm* 2004; 9(1):84-93.