

Atenção em saúde mental: perfil dos usuários e funcionamento de um ambulatório municipal

Attention in mental health: profile of users and operation of a municipal ambulatory

Resumo

Cuidados preventivos e terapêuticos que visam à saúde mental constituem-se como importantes recursos para a promoção do desenvolvimento humano em diferentes momentos do ciclo vital. Investigou-se o perfil dos usuários e o funcionamento de um Ambulatório de Saúde Mental, localizado no interior do Rio Grande do Sul, com o objetivo de conhecer a população atendida e o serviço oferecido. Utilizou-se um delineamento de estudo de caso e os dados foram coletados nos prontuários dos 466 usuários frequentadores do serviço durante um mês e através de observação participante. A maioria dos usuários é composta por mulheres (74,7%) entre 25 e 59 anos (76,7%). As principais queixas referem-se a sintomas relacionados ao humor e a sintomas de ansiedade. Os diagnósticos mais prevalentes foram de transtornos de humor (44,4%) e de transtornos relacionados ao estresse e de transtornos somatoformes (34,1%). A maioria dos usuários está em tratamento há mais de quatro anos, o que sugere a permanência de uma intervenção que promove a cronificação dos casos, tornando os usuários dependentes e enraizados no serviço. Salienta-se a importância do investimento em estratégias de prevenção e promoção de saúde mental, na qualificação do trabalho em equipe e no fortalecimento da rede de atendimento.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Promoção da saúde, Sistema único de saúde.

Abstract

Preventive and therapeutic care designed to mental health represents an important resource in promoting human development at different times during life cycle. The profile of the users and the operational system of a Mental Health Clinic in the interior of the state of Rio Grande do Sul were investigated with the purpose of knowing the population assisted and the service offered. The design was a case study and data were collected from medical records of 466 users who attended the service for a month and through participant observation. Most users are women (74.7%) between 25 and 59 years old (76.7%). The main complaints were symptoms related to mood alternation and anxiety. The most prevalent diagnoses were Mood Disorders (44.4%) and Disorders Related to Stress and Somatoform Disorders (34.1%). Most users have been in treatment for more than four years, which suggests the permanence of an intervention leads to chronic cases, helping to make users dependent on and rooted in service. As an alternative, we emphasize the importance to invest in prevention and promotion of mental health, teamwork skills and strengthening the service network.

Keywords: Mental health services, Health promotion, Unified health system.

Bruna Rotta Jacobo¹

Antônia Motta Roth²

Jana Gonçalves Zappe³

Adriana Dornelles Carpes⁴

Léris Salette Bonfanti Haeffner⁵

¹ Psicóloga (Centro Universitário Franciscano), Pós-graduanda em Intervenção Psicodramática na clínica com crianças e adolescentes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Psicóloga (Centro Universitário Franciscano)

³ Psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria. Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴ Professora Centro Universitário Franciscano. Doutora em Química, Universidade Federal de Santa Maria

⁵ Médica Pediatra, docente da Universidade Federal de Santa Maria. Doutora em Medicina, Universidade de São Paulo

Correspondência: Bruna Rotta Jacobo

Rua José Bonifácio, 2598, Apto. 111. Santa Maria, RS, 97015.450, Brasil.

E-mail: brunarjacob@hotmail.com

Fone: (55) 32201223

Recebido : 23/03/2013

Aprovado : 20/04/2013

Introdução

Este trabalho apresenta os resultados da pesquisa intitulada “Atenção em saúde mental: investigação sobre o serviço de um ambulatório municipal”, integrante do projeto mais amplo “Ações integradas do ensino-serviço na rede municipal da saúde de Santa Maria-RS”, desenvolvido durante os anos de 2010 e 2011, com o financiamento do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde.

O PET-Saúde apresenta-se como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com seus princípios e necessidades. O programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade¹. Buscando atender ao objetivo específico de realizar diagnóstico na atenção em saúde e identificando as principais necessidades demandadas na operacionalização do SUS, a pesquisa realizada focou seu interesse na atenção em saúde mental e desenvolveu o estudo em um ambulatório que faz parte da rede municipal de atenção à saúde mental. No contexto desse ambulatório, identificou-se como principal necessidade demandada para a operacionalização do SUS a grande procura pelo serviço, que não tem sido absorvida por completo. Apesar de atender a um grande número de pacientes com demandas de saúde mental, há um expressivo número de sujeitos que buscam atendimento e precisam aguardar em filas de espera com mais de mil sujeitos, com prazo de espera que chega a ultrapassar um ano.

Considerando-se que cuidados preventivos e terapêuticos que visam à saúde mental constituem-se como importantes recursos para a promoção do desenvolvimento humano em diferentes momentos do ciclo vital, a dificuldade em atender a grande demanda por atendimento em saúde mental configura-se como importante questão de pesquisa, a qual poderá ser útil para compreender a situação e auxiliar na criação de estratégias de enfrentamento, visando à operacionalização integral do SUS. Tomando tal situação como problema de pesquisa, o projeto buscou investigar o perfil da clientela que procura atendimento no ambulatório e o funcionamento do serviço, com o intuito de entender os motivos da grande procura pelo serviço de saúde mental e as dificuldades de atender toda a demanda.

O Ambulatório de Saúde Mental investigado faz parte da política municipal de atenção à saúde mental, a qual, por sua vez, se insere num contexto mais amplo de reforma da assistência à saúde. O processo de reforma psiquiátrica no Brasil é recente e foi influenciado pela reforma psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia e ocorreu num contexto internacional de mudanças. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio revelaram a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas². Além da vertente italiana, foi influenciada fortemente pelo Movimento Sanitário dos anos 70, surgido para reivindicar mudanças dos modelos de atenção e gestão da saúde, em prol da saúde coletiva e da equidade na oferta dos serviços, o que mais tarde passaria a fazer parte dos princípios do SUS³.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental foram marcos importantes no processo de reordenação da atenção à saúde mental, redirecionando a assistência e o cuidado em saúde mental, ao priorizar o tratamento em serviços de base comunitária, privilegiando a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais^{3,4}. Para tanto, foi necessário investir na construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo manicomial, cuja principal missão seria promover, manter ou recuperar a inserção social do doente mental, assimilando a compreensão de que o contexto social é um aspecto que influencia

o desenvolvimento humano e a saúde mental^{5,6}.

Os ambulatórios de saúde mental surgiram como recurso alternativo ao manicômio, porém não substitutivo, pois oferecem uma assistência com um caráter curativo através de atividades exclusivamente médicas e psicológicas que focam o tratamento dos sintomas⁷. Nesse contexto, torna-se um desafio conciliar a proposta do serviço ambulatorial e a política de saúde mental prevista pelo SUS, invocadora da universalidade, da integralidade e da igualdade da assistência⁸. Além disso, as transformações decorrentes do processo de desinstitucionalização devem ultrapassar a criação de serviços alternativos ou substitutivos, devendo ser assimiladas no cotidiano de tais serviços, abrangendo a relação estabelecida entre usuário, equipe e família, uma vez que o contexto familiar e comunitário é um aspecto fundamental no processo em foco⁶.

Partindo das ideias expostas, a pesquisa realizada buscou investigar o perfil da clientela e o funcionamento de um ambulatório de saúde mental para identificar se os princípios do SUS foram assimilados ao cotidiano do serviço, principalmente com relação à inserção e/ou à reinserção social do usuário, bem como ao envolvimento da família e da comunidade nas estratégias de prevenção, tratamento e promoção de saúde mental.

Método

No presente estudo propõe-se como método o estudo de caso, o qual se acredita ser a estratégia mais adequada, tendo em vista que o objetivo da referida pesquisa é investigar o perfil da clientela e o funcionamento de um Ambulatório de Saúde Mental. Entende-se que o objetivo do estudo foca seu interesse em fenômenos individuais e sociais contemporâneos, inseridos num contexto da vida real e sobre os quais os pesquisadores não possuem controle, aspectos que se adaptam à proposta metodológica de estudo de caso⁹. Dessa forma, considerou-se o Ambulatório de Saúde Mental um caso a ser investigado, utilizando-se diferentes métodos de coleta de dados que, integrados, permitem uma compreensão geral dos fenômenos individuais e coletivos que fazem parte do cuidado em saúde mental no ambulatório.

Os dados foram coletados nos prontuários dos usuários do ambulatório, os quais continham informações relativas aos casos e aos atendimentos realizados. A coleta de dados foi realizada no período de um mês e incidiu sobre os usuários que frequentaram o serviço para receber atendimento psiquiátrico nesse período. A coleta de dados se restringiu aos sujeitos que estavam em atendimento psiquiátrico, em função de que os demais profissionais que lá atuam (enfermeiro e psicólogos) não mantêm registros de informações nos prontuários dos usuários. Contudo, observa-se que o perfil dos usuários em atendimento psiquiátrico parece não diferir dos casos atendidos pelos demais profissionais.

Foram coletados os seguintes dados referentes aos 466 usuários que frequentaram o serviço no período de realização da pesquisa: sexo, idade, fonte do encaminhamento, queixa apresentada, diagnóstico, tempo em tratamento e conduta adotada pelo profissional responsável pelo atendimento.

A observação participante também foi utilizada para a coleta de dados, sendo especialmente importante para compreender a estrutura de funcionamento do serviço. Através dela, foi possível visualizar o cotidiano do serviço de maneira espontânea, método considerado ideal para a observação de lugares públicos¹⁰.

A pesquisa atendeu a todas as exigências bioéticas para pesquisas com seres humanos previstas na resolução 196/CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

Resultados e discussão

A coleta de dados foi realizada em 466 prontuários, mas nem todos os casos continham as informações buscadas; por isso, alguns dados serão apresentados com relação a um número menor de casos. No que se refere ao sexo, observou-se uma predominância de mulheres (74,7%) em relação aos homens (24,9%), o que nos leva a interrogar se há alguma relação entre o gênero e a saúde mental: será que as mulheres adoecem mais? Ou será que buscam ajuda mais que os homens?

A construção de uma ideologia de mulher no mundo pós-moderno pode auxiliar a compreender a situação, pois a multiplicidade de papéis desempenhados pela mulher contemporânea no campo do social pode estar associada a um aumento significativo de sofrimento psíquico. Trata-se de uma condição de maior risco de desenvolver sofrimento e adoecimento, uma vez que as mulheres têm acumulado os papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, ao mesmo tempo em que ocupam cada vez mais o cenário do trabalho como mão de obra. Em muitos casos, as mulheres já são responsáveis pela principal fonte de renda familiar¹¹.

Diferentes concepções associadas ao imaginário envolvendo homens e mulheres também podem estar relacionadas à maior presença feminina no serviço de saúde mental. Há uma ideia de que ser homem é ser forte, o que é incompatível com a perspectiva da doença como sinal de fragilidade, o que gera uma compreensão de que os serviços de saúde são exclusivamente para os supostos mais fracos: mulheres, crianças e idosos. Com isso, os homens não consideram os serviços de saúde como espaços masculinos, ao passo que estes não consideram os homens como sujeitos de cuidado¹². Percebe-se, aqui, que a perspectiva sócio-cultural encontra-se no alicerce dos dados encontrados, visto a mulher mostrar-se vulnerável para adoecer, na tentativa de dar conta do que o contexto social exige da figura feminina. Já os preceitos do homem e do masculino determinam, além de um comportamento interpessoal a ser adotado e socialmente esperado, a própria maneira como eles percebem seu corpo e sua saúde, tanto física quanto psíquica¹³.

Quanto à idade dos usuários, agrupamos os resultados em quatro categorias: criança (até 11 anos), jovem (de 12 a 24 anos), adulto (de 25 a 59) e idoso (mais de 60 anos). Assim, identificou-se que 0,9% dos usuários são crianças; 3,6% dos usuários são jovens; 76,7% dos usuários são adultos e 18,8% são idosos. Visualiza-se um predomínio de sujeitos adultos, com pequena participação de crianças, jovens e idosos. O dado sugere a existência de uma ênfase no tratamento de problemas de saúde mental em adultos. A baixa frequência de crianças e jovens parece apontar a falta de investimento em prevenção do desenvolvimento saudável, o que contribui para a eclosão de problemas de saúde mental justamente na idade adulta.

O encaminhamento dos casos que chegaram ao ambulatório foi efetuado principalmente pela rede de atenção básica (23,4%) e pela unidade hospitalar, que possui internação psiquiátrica pelo SUS (12,2%). Encaminhamentos menos frequentes foram realizados por especialidades médicas e não médicas, como neurologia, psicologia e profissionais de escolas. Ressalta-se que, na maioria dos casos (51,3%), não foi possível identificar a fonte que realizou o encaminhamento, sugere dificuldades na estruturação de uma

rede de atendimento que envolva a realização adequada da referência e da contrarreferência, estratégia indispensável para o acompanhamento dos casos.

As queixas apresentadas pelos pacientes foram agrupadas em seis categorias: sintomas de ansiedade, sintomas relacionados ao humor, sintomas psicossomáticos, sintomas psicóticos, sintomas cognitivos e queixa não especificada. Os sintomas de ansiedade incluem irritação, ansiedade, angústia, impaciência, raiva e nervosismo. Os sintomas relacionados ao humor incluem tristeza, desânimo, choro, baixa autoestima, medo, isolamento e pensamento suicida. Os sintomas psicossomáticos incluem insônia, tontura, tremores, vertigem, sonolência e sudorese. Os sintomas psicóticos referem-se a alucinações auditivas, alucinações visuais e delírios. Por fim, os sintomas cognitivos dizem respeito a queixas de esquecimento e desorientação.

Em 20,8% dos casos não havia informação no prontuário relativa à queixa apresentada pelo usuário; neste caso foram considerados para a presente análise os prontuários de 369 usuários. O primeiro aspecto identificado é que se trata de pacientes com queixas incluídas em diversas categorias, ou seja, são usuários poliqueixosos. 75% dos casos apresentavam pelo menos três tipos de queixas, indicando que o sofrimento psíquico dos usuários pesquisados abrange sintomas diversos. 80% dos usuários apresentaram queixa que inclui sintomas relacionados ao humor; 77,8% dos casos apresentaram queixas categorizadas como sintomas de ansiedade; 62,3% apresentaram queixas relacionadas a sintomas psicossomáticos; 35,1% apresentaram queixas relacionadas a sintomas cognitivos e apenas 23,8% apresentaram queixas relacionadas a sintomas psicóticos.

Quanto ao diagnóstico dos casos, foram criadas doze categorias, seguindo a classificação dos transtornos mentais e comportamentais prevista na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10): 1) Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive somáticos; 2) Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; 3) Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes; 4) Transtornos de Humor; 5) Transtornos Neuróticos; 6) Transtornos relacionados ao estresse e Transtornos Somatoformes; 7) Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos; 8) Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto; 9) Retardo mental; 10) Transtornos do desenvolvimento psicológico; 11) Transtornos do comportamento e Transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância e adolescência; 12) Transtorno mental não especificado; outras especificidades¹⁴.

Seguindo um resultado semelhante ao encontrado com relação às queixas apresentadas pelos usuários, os diagnósticos mais prevalentes foram os de Transtornos de Humor, presente em 44,4% dos casos, e de Transtornos relacionados ao estresse e Transtornos Somatoformes, presentes em 34,1% dos casos. Em 9% dos casos o diagnóstico não foi especificado e nas outras categorias não encontramos nenhuma ocorrência superior a 10% dos casos.

Ao se pensar em queixas, sintomas e diagnóstico, torna-se relevante compreender que as demandas dos sujeitos são também manifestações concretas de necessidades produzidas pelo contexto social e histórico¹⁵. A alta prevalência de casos que apresentaram sintomas relacionados ao humor e sintomas de ansiedade, assim como os diagnósticos correspondentes, pode ser compreendida à luz das características da sociedade pós-moderna, que tende a enfatizar a autonomia como um valor central. Nesse contexto, temos a noção de um sujeito mais fluido, mais inseguro e mais indefinido, já que carente de referências

estáveis para a constituição de si mesmo. Trata-se de um sujeito autônomo, mas desenraizado e desamparado, que não se define nem pela natureza, nem pela cultura, passando a ter como única referência sua própria reflexividade: sua existência passa a ser vivida como se fosse resultado apenas de suas escolhas pessoais. Esse sujeito, desamparado e desenraizado, ao buscar atingir o ideal de autonomia, depara-se, na verdade, com o vazio. Livre e responsável pela constituição de si mesmo, na sociedade contemporânea, o sujeito é levado a acreditar que tudo é possível, ao contrário do que ocorria na sociedade moderna, que impunha restrições e proibições, tornando o ideal dos indivíduos algo mais distante e menos possível. O sujeito deixa de ser limitado pela regulação social e segue numa corrida alucinante em busca de ideais. Diante de tamanha liberdade e de tantas ofertas de ideais, se o sujeito não encontra a realização desse ideal, sente-se pessoalmente responsável pelo seu fracasso. Diferentemente da modernidade, em que o fracasso era atribuído às imposições sociais, o fracasso do sujeito pós-moderno passa a ser vivido como pessoal. Nesse sentido, a noção de conflito psíquico, que era organizadora das subjetividades, dá lugar à noção de insuficiência. Assim, em lugar de um sujeito neurótico reprimido, temos um sujeito tomado pela fadiga de ser si mesmo, impotente e deprimido. A partir disso, pode-se entender como muitas das patologias psíquicas hoje em evidência apresentam sintomas relacionados aos limites e à ação do sujeito, inibindo-as ou estimulando-as: os sintomas relacionados ao humor, às depressões, às manias, às ansiedades, às adições, às hiperatividades, às impulsividades e às violências¹⁶.

Alguns dados presentes nos prontuários analisados refletem características do funcionamento do serviço investigado, especialmente o tempo em que o paciente está em tratamento e a conduta adotada pelo profissional a partir do atendimento realizado. Com relação ao tempo de tratamento, a análise dos dados indicou o seguinte: 34,1% dos usuários estão em tratamento ao longo de até 3 anos; 26,3% dos usuários do serviço estão em tratamento há mais de 4 e há menos de 6 anos; 29,5% dos usuários permanecem em atendimento há mais de 7 e há menos de 9 anos; e 10,1% dos usuários permanecem em tratamento por mais de dez anos. Assim, percebe-se que a maioria dos usuários está em tratamento há mais de 4 anos, o que parece indicar a baixa resolutividade do serviço prestado e/ou uma certa cronificação dos casos. Tendo em vista as queixas e os diagnósticos mais prevalentes, pode-se suspeitar da ocorrência de uma certa patologização de fenômenos relacionados à nossa atual organização social. O resultado torna-se especialmente preocupante se considerarmos princípios do SUS como os de universalidade e acessibilidade. Os longos períodos de tratamento tendem a “inflar” e sobrecarregar o serviço, impedindo a entrada de novos casos.

Em relação à conduta médica adotada no atendimento, observou-se que 92,7% dos usuários permaneceram em atendimento, enquanto apenas 2,4% receberam alta, o que indica que a longevidade do tratamento tende a continuar existindo, comprometendo ainda mais o acesso de novos usuários ao serviço. Eis um aspecto que merece atenção dos profissionais e gestores do serviço, visando à criação de alternativas para tal situação.

A observação do funcionamento do serviço evidenciou também a existência de dificuldades quanto ao trabalho interdisciplinar. O trabalho de psicólogos, psiquiatras, enfermeiro, técnicos administrativos e gestores parece se dar de modo independente, sem discussões ou intervenções integradas. Esse aspecto se reflete, inclusive, na própria localização física das salas de atendimento usadas pelos psiquiatras e enfermeiro, todas na parte frontal e das salas utilizadas pelos psicólogos, localizadas na parte posterior do local. Da mesma forma, não há qualquer tipo de centralização dos registros e prontuários, nem mesmo quando os casos são atendidos por mais de uma categoria profissional. Com isso, identifica-se uma carência no

sentido da construção conjunta de saberes e práticas de prevenção e promoção de saúde, o que está previsto na política do SUS. Para tanto, observa-se ainda a necessidade de atuação de outros profissionais, como educadores físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e pedagogos, tendo em vista a necessidade de se considerar a saúde num sentido amplo, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Sabe-se que a criação dos Ambulatórios de Saúde Mental nos anos 80 trazia consigo a promessa de se constituir como um instrumento de mudança da realidade do modelo asilar, consoante a proposta da reforma psiquiátrica que buscava o exercício de uma nova assistência à saúde mental. Porém, a concretização dessa proposta, através da atuação de equipes multiprofissionais, tornou-se um dispositivo burocrático e ainda encontra dificuldades para se tornar efetiva na realidade prática dos serviços¹⁷.

A reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde acaba gerando uma hierarquização das relações e, com isso, o saber médico ainda encontra-se a reinar sobre outros, que se localizam como pano de fundo desse cenário, o que reflete na pouca ou nenhuma relação entre os diferentes saberes. Modelo da mencionada segmentação é uma situação em que a consulta do psiquiatra é tomada como a atividade prioritária e essencial do serviço, gerando uma agenda repleta de atendimentos de curta duração em grandes intervalos de tempo¹⁷.

A falta de maior integração entre os profissionais, assim como a necessidade de atuação de outras especialidades parece contribuir com a cronificação dos casos, que acabam permanecendo longos períodos em atendimento, dificultando a acessibilidade ao serviço e comprometendo a universalidade. A atuação em equipe poderia promover maior resolutividade, assim como a atuação de profissionais de outras áreas poderia contribuir para a oferta de dispositivos de intervenção diferenciados e potencialmente mais efetivos.

É importante lembrar que os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico possuem como desígnio a inserção social do doente mental, enfatizando a relação entre usuário, equipe, família e comunidade⁶. Observa-se que tais aspectos não estão sendo contemplados no serviço investigado. Não há previsão de inclusão da família e da comunidade nas intervenções, predominando apenas a relação entre usuário e profissional. Acredita-se que os mesmos aspectos também contribuem para a cronificação dos casos e o prolongamento dos tratamentos.

Conclusão

O sujeito contemporâneo queixa-se da velocidade, da incapacidade de lidar com as perdas e da inaptidão, mesmo que temporária, de acompanhar a lógica de produção alienante que cai maciçamente sobre sua cabeça. Vivendo na sociedade da autonomia, sente-se livre na mesma medida em que se sente inseguro, sem referências estáveis para ancorar sua existência. Adoece-se pelo excesso de liberdade, que leva à exaustão maníaca, assim como pela falta de garantias, que leva ao vazio existencial. Talvez por isso as mais altas prevalências de doença mental correspondam justamente aos transtornos do humor e aos sintomas ansiosos. Nesse sentido, compreende-se o quanto a saúde mental está associada ao contexto em que se dá o desenvolvimento humano. Diante desse quadro, como atuar prevenindo agravos à saúde mental? Como acolher adequadamente os adoecimentos decorrentes dessa lógica predominante? Como promover saúde mental?

Acredita-se que responder aos questionamentos recém-colocados torna-se uma tarefa fundamental para todos os que atuam na política de saúde mental. Hoje, mais do que superar a institucionalização de doentes mentais, o que foi um passo historicamente muito importante, trata-se de enfrentar os fatores que promovem adoecimento psíquico, sejam eles de ordem social, psíquica ou biológica. Mais do que tratar, é imprescindível prevenir e promover saúde. Para tanto, torna-se necessário conhecer os fatores que promovem adoecimento psíquico e os métodos para enfrentá-lo. Nossa pesquisa apontou alguns indicadores que, embora exijam novos estudos para maior aprofundamento, já ensejam algumas discussões.

As queixas e os diagnósticos mais prevalentes, intimamente associados a aspectos da sociedade pós-moderna, somados ao fato de que os tratamentos tendem a se estender por longos períodos de tempo, parecem indicar a permanência de uma intervenção que promove a cronificação dos sintomas, contribuindo para tornar os usuários dependentes e enraizados no serviço. Com relação a isso, torna-se imprescindível investir em estratégias de prevenção e promoção de saúde mental na rede de atenção básica, visando desenvolver maior autonomia e capacidade de autocuidado nos usuários e em suas famílias.

É preciso investir na qualificação do trabalho em equipe, integrando a atuação dos profissionais já existentes e inserindo profissionais com formações diversas, visando promover maior diversificação das intervenções e à construção de um modelo de entendimento mais amplo de saúde mental. Além disso, acredita-se que o trabalho em equipe deva incluir a participação dos próprios usuários, de seus familiares e da comunidade, com vistas a atender ao princípio de participação coletiva preconizado pelo SUS.

Por fim, considera-se fundamental investir em maior articulação da rede de atendimento. A rede de atenção básica precisa ser capacitada para a identificação e triagem dos casos que necessitam atendimento e, principalmente, para atuar em termos preventivos e de promoção da saúde mental.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES. Portaria n. 4, de 29 de Março de 2010. Diário Oficial da União 2010; 20 abr.
2. Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio MF, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 17-60.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. OPAS 2005; nov.
4. Pitta A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tudins S A, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 15-73.
6. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto contexto - enferm 2004; 13 (4): 593-598.
7. Santos YF. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.
8. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores. Cien Saude Colet 2003; 8(2): 621-628.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.
11. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo. Genebra: OMS; 2001.
12. Associação Brasileira de Psiquiatria. Políticas de saúde do homem: saúde mental. In: Seminário Internacional de Saúde do Homem nas Américas; Brasília: 2010.
13. Costa-Júnior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. Psic.: Teor. e Pesqui. 2009; 25(1): 55-63.
14. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
15. Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debat. 2001; 25(58): 98-111.
16. Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo. Argentina: Ediciones Nueva Vision; 2000.
17. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde Debat. 2008; 32(78): 27-37.