SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

MENTAL HEALTH: A CHALLENGE TO THE FAMILY HEALTH PROGRAM

Ana Paula Costa Machado
Enfermeira
Rejane Roesler Mocinho
Mestre em Assistência de Enfermagem. Especialista em Saúde Pública.
Docente do curso de Enfermagem da UPF, técnica em Ecologia Humana

Instituição: Universidade de Passo Fundo - UPF

RESUMO
Este estudo teve por objetivo mostrar os limites e possibilidades da atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família em relação à atenção ao portador de sofrimento psíquico no contexto familiar, buscando propostas de assistir a saúde mental no Programa Saúde da Família, em um município de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, sendo a população de estudo constituída de dez profissionais das equipes mínimas de Saúde da Família. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas individualmente, combinando perguntas fechadas e abertas. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família do município, onde atuam duas equipes. Entre os resultados encontrados, destacam-se, a possibilidade de trabalhar com as famílias integradas ao processo terapêutico de socialização do doente mental e as limitações das ações executadas pelos profissionais pela falta de capacitação técnica na área e a ausência de uma política pública municipal de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE
Programa Saúde da Família, saúde mental.

ABSTRACT
This study aimed at informing the limits and possibilities of the performance of Family Health Team professionals in relation to the attention given to psychiatric patients within the family context, looking for proposals to give assistance to mental health in the Family Health Program, in a small-size town in Rio Grande do Sul state. For such, it was developed an exploratory, descriptive research, qualitative in approach. Ten professionals from the minimal teams of Family Health formed the population of the study. Data were collected with individually semi-structured interviews, combining closed and open questions. The study was done at the town's Family Health Unit, where two teams work. Among the results found, the possibility of working with the families integrated into the socialization therapeutic process of the psychiatric patient and the limitation of the actions performed by the professionals due to the lack of technical training in the area and the absence of a municipal public policy of mental health are the points which are stressed.

KEY WORDS
Family Health Program, mental health

INTRODUÇÃO

Em nível internacional, o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental ocorreu em 1990, com a Declaração de Caracas, estabelecendo, como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais, garantindo os direitos dos portadores de sofrimento psíquico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1990).

No Brasil, nas últimas décadas, um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas têm lutado para transformar a cultura e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais.

O processo da reforma psiquiátrica no país teve início na década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Vários fatores sociais e econômicos contribuíram para desencadear, em todo Brasil, um processo de construção de uma nova política de saúde mental, que pudesse oferecer ao indivíduo, portador de transtorno mental, uma atenção mais humanizada e efetiva, dando-lhe alternativas de tratamento extrahospitalar. Este movimento incluiu outros elementos na equipe de saúde, retirando, do médico, a exclusividade das decisões com relação à atenção ao portador de sofrimento psíquico (OGATA; FERUGATO, 2000). Neste contexto, a psiquiatria sai em busca de uma nova forma de tratar o indivíduo com sofrimento mental, iniciando-se a derrubada dos muros que aprisionam a loucura.(GONÇALVES, 2002).

Com a Constituição de 1988, o povo brasileiro conquistou a saúde como um direito de todos e foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, foram aprovadas as Leis 8.080 e 8.142, que regulamentam a legislação básica da área da saúde.

O processo de desinstitucionalização surge, no Brasil, respaldado pelo Decreto-Lei 3657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG), objetivando alterar a Legislação de 1934, que privilegia o modelo segregador e dissocializante do hospital asilar, como único recurso "terapêutico", e enfatiza ser o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Porém, somente em 06 de abril de 2001, foi promulgada como Lei Federal 10.216, que estabelece os direitos dos pacientes, limita e regula as internações psiquiátricas, tornando-se, esta, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como refere Dias (2001, p. 88) "este projeto foi construído com base na mobilização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, [...] somente em 2001 foi aprovado e sancionado, após 12 anos de disputas entre setores envolvidos".

Esperidião (2001) afirma que a aprovação desta lei constituiu um avanço histórico, culminado pelo empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, embora ainda insista em que há um longo caminho pela frente, a fim de incorporar as alterações decorrentes da lei nas ações de saúde coletiva.

Na década de 90, observa-se a presença cada vez mais marcante de usuários e familiares como protagonistas no cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Venâncio apud Almeida e Escorel (2001) comenta que, nos anos 90, assistimos à criação e à consolidação de propostas como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Lares Abrigados, Hospital-Dia, etc.

Com relação à Política de Saúde Mental, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental recorre ao lema: "Por uma sociedade sem manicômios", sendo que, no Rio Grande do Sul, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial denominou-se Fórum Gaúcho de Saúde Mental, formado por trabalhadores de saúde, familiares e pessoas portadoras de sofrimento psíquico, caracterizando-se como um dos pioneiros, na história do Brasil, em estabelecer uma legislação psiquiátrica que contemplasse a nova lógica de saúde mental, por meio da Lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado. Esta lei estabelece a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, e determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. (DIAS, 2001).

Chegamos ao século 21, mais precisamente ao ano de 2001, quando o Dia Mundial da Saúde teve por tema "Cuidar, sim. Excluir, não", com a mensagem de que não se justifica excluir, de nossas comunidades, as pessoas que têm doenças mentais. De acordo com a Comissão Organizadora da III CNSM (BRASIL, 2002), a Organização das Nações Unidas (ONU) comemorou, em 2001, o 10º aniversário dos direitos dos doentes à proteção e assistência, dando ênfase a alguns princípios como, por exemplo, de que não deverá existir discriminação em virtude de doenças mentais; de que, na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser atendido em sua própria comunidade, com tratamento o menos intrusivo, e num ambiente o menos restritivo possível.

Assim, acreditamos que a assistência psiquiátrica, no Brasil, nos últimos 20 anos, vem sofrendo um processo de transformações, colocando em pauta a discussão da superação do modelo hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrico de tratamento e a criação de uma outra lógica de atenção: psicossocial, comunitária e territorializada, a partir da construção de uma rede de serviços de saúde mental de forma descentralizada, municipalizada e com caráter multiprofissional, tendo como pressupostos básicos os direitos de cidadania, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental.

Em relação ao surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), o modelo de assistência que predominava no país, nos anos 90, tinha suas práticas centradas no atendimento terciário, tendo o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde. Para modificar esta realidade, e, buscando a reorientação do modelo tradicional vigente, o Ministério da Saúde, em 1994, institui uma nova proposta de atenção à saúde representada pelo PSF. O princípio operacional de adscrição da clientela, preconizado pelo programa, proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a comunidade, possibilitando o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

Segundo Costa Neto (2000), a estratégia de saúde da família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito à cidadania e expressa pela qualidade de vida.

O núcleo básico de abordagem é a família e seu espaço social, e não mais o indivíduo, caracterizando o trabalho pela atuação em equipe. Nesta proposta, a família é escolhida em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde.

Essa importante mudança, no Sistema de Saúde do país, caracteriza um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental. Afinal, são quatrocentos milhões de pessoas que sofrem, atualmente, no mundo, de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos. Além do sofrimento e da falta de cuidados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha, a exclusão e, com muita freqüência, a morte. (OPAS, 2001).

Neste contexto, o papel do profissional de saúde é o de se aliar à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas.

Para tanto, é necessário o exercício de uma nova prática, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento. Porém, para que se exerça essa nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços. Tal prática somente será eficaz, se associada à criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde. (COSTA NETO, 2000a).

Sabemos o ônus que as perturbações mentais representam para as pessoas e as famílias por elas afetadas, e que, poucas são as famílias que estão livres de se defrontar com perturbações mentais, ou que não necessitem de assistência e atenção durante um período difícil. Assim, um trabalho de saúde mental na comunidade, visando à promoção, prevenção e tratamento dos casos identificados, precisa apoiar-se num conjunto de ações que objetivem o melhoramento ou a manutenção da saúde da população. Estas ações organizam-se dentro da lógica extramural e da lógica da reconstrução da cidadania plena. (SARACENO, 1994).

Acreditamos que, qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil para ele, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Isso porque, quando uma pessoa apresenta um problema mental, não apenas ela sofre, mas também toda a sua família e, assim todos precisam de apoio e acompanhamento. (SARACENO, 1999).

As famílias demonstram dificuldades em lidar com a noção de doença mental, ou seja, pedem esclarecimentos sobre a mesma e orientações sobre o relacionamento no domicílio. Dessa forma, se o profissional investir nas potencialidades da família, ela poderá lidar com as limitações que a doença mental lhes impõe, valendo-se da rede de apoio disponível na sua comunidade, tais como serviços de saúde mental, rede básica de saúde, grupos de socialização, associações de familiares e de usuários, etc. (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

A maioria dos autores pesquisados acredita que os familiares necessitam, da mesma forma

que o portador da doença mental, de acolhimento e tratamento, e devem ser incluídos no projeto terapêutico.

As condições necessárias para a estruturação de um serviço com bases psicossociais estão em íntima relação com a atitude de participação na gestão do serviço (do usuário, do núcleo familiar, com extensão à comunidade), da integração da equipe (interna e com a rede de serviços) e com uma atitude emancipatória dos profissionais com relação à clientela. Sendo assim, a equipe de saúde deve desenvolver, em si mesma, a capacidade de escutar e ter disponibilidade para pensar e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço nos âmbitos da coexistência social. (LOBOSQUE, 1997).

A Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental (PITTA, 1996). Implica, ainda, reabilitação psicossocial, mudança total em toda política dos serviços de saúde mental, devendo englobar os trabalhadores de saúde mental, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e, finalmente, a comunidade inteira. (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

A reabilitação psicossocial tem sido integrada às políticas oficiais, não podendo ser um mero e voluntário tratado de intenções. De acordo com Pitta (1996), a reabilitação psicossocial implica uma ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, os afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

Reabilitar, conforme Kinoshita (1996), ainda pode ser entendido com um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Somos mais autônomos quanto mais independentes de tanto mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

Neste contexto, o tratamento aos portadores de sofrimento psíquico requer um projeto individualizado, que não perca de vista a noção de conjunto, devendo demonstrar-se atento ao tempo de cada um, com perspectivas de possibilitar, ao longo do processo, o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha. Há diversas maneiras de se abordar tal questão, e elas dependem do perfil dos profissionais e de sua capacitação para a proposta, das características físicas e institucionais do local de trabalho, da cultura regional, da vontade política e, principalmente, deste dado incógnito, que é a resposta dos usuários. Entretanto, as perspectivas de tratamento destas pessoas têm como objetivo prepará-los para que atinjam patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas, possibilidades sempre maiores de autonomia, aumentar-lhes, enfim, a capacidade de escolha. (LOBOSQUE, 1997; SARACENO, 1999).

Em face do exposto, e considerando que o PSF é uma estratégia que prevê a atenção integral à saúde da população, onde a saúde mental deve estar incluída, pensamos que a atuação dos profissionais nesta área constitui-se em um amplo campo de possibilidades a serem exploradas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados através da realização de entrevista semi-estruturada, aplicada para dez sujeitos participantes da pesquisa, sendo quatro agentes comunitários de saúde, dois técnicos de en-

fermagem, dois médicos, um enfermeiro e um psicólogo que desenvolvem suas atividades profissionais numa Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de pequeno porte do interior do estado do RS. As entrevistas foram realizadas em locais reservados da USF e em horário definido pelos entrevistados, após contato prévio e aceite dos sujeitos. Algumas entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e outras foram escritas em um diário de campo no momento da entrevista, pois alguns entrevistados não aceitaram que as mesmas fossem gravadas. Todas as entrevistas foram validadas, após a transcrição, pelos entrevistados.

A análise consistiu-se na leitura e re-leitura do material coletado, obtendo os temas principais emanados, naturalmente, da fala dos sujeitos e agrupados em categorias, através do método da análise de conteúdo.

Este estudo observou as questões éticas determinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, com a finalidade de manter o sigilo e anonimato dos participantes, as entrevistas foram numeradas de um a dez, conforme a ordem em que foram realizadas. Assim, as categorias profissionais não serão identificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município em estudo possuiu uma área de 316, 3 Km² e pertence à macro-região norte do estado do Rio Grande do Sul, sua população total é de 7.162 habitantes (IBGE, 2000), e a principal fonte de renda é a agropecuária.

A implantação de duas equipes de Saúde da Família (ESF) ocorreu em setembro de 2001, cuja cobertura é de 100 % da população e, em fevereiro de 2002, foi implantada uma Equipe de Saúde Bucal, inserida nas ESF, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, além da contratação de um psicólogo - 40 horas/semanais para apoio às equipes.

Com relação aos portadores de sofrimento psíquico, atualmente são cento e trinta (130) usuários cadastrados nas USFs, com uma média de dez internações psiquiátricas anuais, representando 2,5% das internações gerais, sendo 70% delas para tratamento de dependência química. Antes da implantação do PSF, as internações psiquiátricas representavam 6,7 % do total das internações do município.

Do estudo aprofundado e análise das entrevistas, surgiram os temas que deram origem às categorias que foram analisadas conforme a ordem de apresentação no estudo.

AS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL EXECUTADAS

Sobre as ações que são executadas na área de saúde mental pelas ESF, obtivemos os seguintes depoimentos:

> *"[...] as enfermeiras realizam visitas domiciliares, os agentes também. A gente da enfermagem controla mais a entrega da medicação e faz visitas." (E03).*

> *"[...] existem grupos de AA, obesos, tabagismo, também 'tem grupos' com adolescentes e gestantes." (E02); "[...] consultas médicas e com a psicóloga e distribuição da medicação." (E04).*

Observa-se que existem algumas ações sendo desenvolvidas nesta área que se dividem em atividades coletivas, atividades individualizadas e de visita domiciliar. As atividades individualizadas incluem as consultas médicas e psicológicas e a distribuição de psicofármacos. Destas ações, as atividades de grupos e as visitas domiciliares foram as mais citadas pelos sujeitos do estudo.

Para Lancetti (2001), estas ações são consideradas como dispositivos já conhecidos e tradicionais. Segundo o autor, consultas psiquiátricas, psicológicas ou visitas domiciliares deveriam ser evitadas no PSF, com intuito de impedir o processo de tratamento da demanda que acaba na cronificação dos pacientes e dos próprios dispositivos de atenção. Em relação aos trabalhos com grupos, existem alguns específicos para portadores de sofrimento psíquico, como tabagistas, etilistas e obesos, porém o PSF possui uma série de dispositivos terapêuticos de saúde mental, nos quais muitos doentes mentais podem inserir-se como os grupos de hipertensos, diabéticos, idosos e reciclagem do lixo, não sendo necessária a formação de grupos específicos para estes usuários.

Sobre as visitas domiciliares, alguns profissionais percebem que desenvolvem um trabalho muito importante quando realizam a visita, como mostra esse depoimento:

> *"[...] desabafos das pessoas no momento da visita. Ontem mesmo, uma senhora chorou comigo, ela precisava desabafar. Depois que falou, eu percebi que ela ficou menos angustiada, aliviada mesmo." (E01).*

A visita domiciliar (VD) facilita a interação da ESF com os usuários, dentro de seu contexto sociocultural, tornando fácil o vínculo, no momento em que:

> *[...] possibilitam ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode, ainda, contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001, p. 43).*

É importante ressaltar que, segundo os relatos, os profissionais têm um entendimento pertinente a respeito da importância da VD no PSF, principalmente na área de saúde mental.

Outras ações desenvolvidas pelas equipes, e que merecem destaque, são os encaminhamentos e as consultas psicológicas individuais, deixando claro a prática da clínica tradicional no local do estudo.

> *"[...] quando eles "*enloucam*", são encaminhados para fora, para o hospício mesmo." (E04).*

> *"[...] a maior parte é a psicóloga que trabalha bem na área da saúde mental."(E01).*

Observa-se que, apesar da reforma psiquiátrica ter iniciado há quase três décadas, a prática dos profissionais de saúde mudou muito pouco em relação à atenção ao doente mental, e continua centrada no atendimento individualizado, em medicalização e no especialista. O modelo de atenção à saúde mental no município ainda está muito ligado à clínica convencional, como descreve Campos "remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar." (2001, p. 103). No entanto, são conhecidas a potencialidade, a eficácia e a variedade das ações de saúde mental que podem ser desenvolvidas no PSF, pois o mesmo deflagra sua ação, ali, onde o cidadão está, por meio de diversas ações, como a descentralização da relação médico-paciente para equipe-usuário, da participação

e do protagonismo de todos os cidadãos implicados e da participação do agente comunitário de saúde, que estabelece um vínculo e uma continuidade da atenção, permitindo aos profissionais de saúde lidarem com o sofrimento humano, tarefa para qual as universidades não capacitam. Daí, a necessidade de saúde mental no PSF. (LANCETTI, 2001).

ATENDIMENTO DAS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL

Em relação à satisfação das necessidades em saúde mental da população, a maioria dos entrevistados relata que as ações atualmente realizadas satisfazem, em parte, as necessidades dos usuários. Os mesmos acreditam que consultas, acompanhamento psicológico e encaminhamentos são ações necessárias, mas seria preciso realizar outras atividades como, por exemplo, atendimento ao grupo familiar e formação de grupos específicos em saúde mental.

Todos os profissionais acreditam que foram realizados alguns avanços nesta área, como o cadastramento dos usuários de psicofármacos, agendamento de consultas médicas, diminuição das internações e re-internações psiquiátricas, mas a maioria concorda que é necessário fazer mais, o que fica evidente na fala de um dos entrevistados.

> *"Claro que, no momento, está satisfatório, pois já teve bem pior. Uma vez, não era feito nada nesta parte. Mas tem que fazer mais; deveria ter acompanhamento da família." (E05).*

Os que dizem que as ações realizadas pela ESF não satisfazem as necessidades da população, acreditam que o motivo é a falta de psiquiatra, trabalhando junto com as equipes, como mostra este depoimento:

> *"[...] não temos especialista, trabalhando próximo da equipe, esta distância entre a consulta psiquiátrica[...] e o nosso acompanhamento é muito grande, não satisfazendo, desta forma, as necessidades dos usuários." (E10).*

Já, os profissionais, que acreditam que as atividades realizadas satisfazem as necessidades dos usuários, justificam que as pessoas são sempre encaminhadas, quando precisam.

> *"[...] as pessoas estão bem agradecidas. Elas sempre têm conseguido o encaminhamento quando precisam." (E02).*

Ainda, segundo o depoimento de um dos entrevistados, a equipe já está fazendo muito.

> *"Acho que já estão fazendo coisas demais. Muitas dessas pessoas não querem ser ajudadas." (E07).*

Esta afirmação mostra o grande preconceito em trabalhar com "estas pessoas", e, ainda, um total desconhecimento da proposta de trabalho do PSF e da legislação vigente a respeito da reforma psiquiátrica.

Ao analisarmos os depoimentos dos entrevistados, verificamos que a grande maioria dos profissionais não tem compreensão das reais necessidades da população em relação à atenção à saúde mental. Eles partem de visões empíricas a respeito de cuidados que acreditam ser necessários, mas não têm consciência do que realmente a comunidade deseja e, tão pouco, têm respaldo científico a respeito do tema.

AS POSSIBILIDADES DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Relacionado a esta questão, o atendimento à família do doente mental praticamente apare-

ce na maioria das falas, mostrando ser a grande possibilidade de a ação a ser executadas pelas equipes do PSF.

> *"[...] incluir no atendimento toda a família, a família precisa muito [...] é muito sofrido cuidar do doente mental." (E02).*

> *"[...] a gente não percebe a importância de auxiliar a família [...] Às vezes, a família é a causa da doença." (E04).*

Lancetti (2001), citando Pichon Riviére, coloca que este autor, ao estudar famílias de pacientes psiquiátricos, descobriu que os doentes mentais são os membros mais fortes – e não os mais frágeis – das famílias, pois são depositários da loucura de todos os outros familiares. O autor também afirma que no Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis, em São Paulo, em vez de retirar o membro mais "problemático" do núcleo familiar, o Programa propõe ajudar a família, para que esta ajude seus membros mais necessitados. Deve-se tratar o grupo familiar, para que possa lidar de maneira mais salutar com seu membro mais doente.

A maioria dos entrevistados acredita que, quando a família é apoiada e orientada, ela tem condições de compartilhar seus problemas, podendo ser percebida como um alicerce existente para o tratamento do portador de sofrimento psíquico.

Vários autores afirmam que a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade de os profissionais de saúde prepararem e apoiarem esta família, com vistas a seu convívio com o portador de transtorno mental. (ESPIRIDIÃO, 2001; LANCETTI, 2001; SILVA; OLIVEIRA, 2001).

Os familiares necessitam, da mesma forma que o portador da doença mental, de acolhimento e tratamento, devendo ser incluídos no projeto terapêutico de atenção ao doente mental no Programa Saúde da Família.

Outra possibilidade de ação citada é a formação de grupos específicos para os doentes mentais e suas famílias.

> *"[...] formação de mais grupos ligados diretamente à área de saúde mental, [...] grupos de auto-ajuda." (E08).*

> *"[...] formação de grupos por patologias específicas, [...] poderia ter grupos de compulsão, ansiedade, síndrome do pânico." (E10).*

Acreditamos que, neste contexto, é importante relembrar Lancetti (2001), quando o autor chama a atenção para o fato de que devemos incluir os pacientes psiquiátricos nos grupos já existentes no PSF, e não formar novos grupos, o que ocasionaria dissociação e, talvez, até, estigmatização do doente. Entendemos que os grupos podem ser um espaço privilegiado para o usuário vivenciar novas experiências, mas Campos (2001) salienta que, se as pessoas que oferecem o grupo, às vezes, não têm clareza de objetivos, banalizam este espaço. Para alguns profissionais, os usuários, que são "encaminhados" para os grupos, "devem ir", sem nenhum questionamento sobre o que este espaço significa para o usuário em particular. Neste sentido, o autor orienta que os profissionais de saúde devem ter muito cuidado, quando da formação de grupos.

OS LIMITES DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Quando perguntados sobre os motivos que levam os profissionais a não realizarem outras ações em saúde mental, a falta de capacitação

adequada para trabalhar nesta área foi a justificativa mais referida, seguida da sobrecarga de trabalho.

> *"Os profissionais não são suficientemente preparados para atuação nesta área." (E 10).*

> *"[...] um dos motivos é a falta de tempo, falta de pessoal qualificado." (E03).*

> *"Tem tanta coisa já para se fazer, falta profissionais. Eu mesmo não sei trabalhar com este tipo de paciente." (E08).*

De acordo com Gonçalves (2002), o maior desafio é capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo, no dia-a-dia do trabalho com as famílias e com a comunidade, novos dispositivos que possam, efetivamente, ajudar as pessoas a cuidar melhor da saúde e reorganizar suas vidas.

Entendemos que a questão fundamental é ampliar a capacidade de escuta das equipes e possibilitar estratégias para que possam pensar juntos em intervenções que preparem as famílias para a superação de suas dificuldades, e os profissionais para que superem os seus medos com relação ao cuidado do portador de sofrimento psíquico.

Outra dificuldade apontada pelos profissionais entrevistados refere-se aos fatores relacionados à gestão do sistema de saúde, especificamente, às prioridades das políticas públicas.

> *"[...] dentro das ações de saúde do município, a saúde mental ainda não está na preocupação maior, ainda trabalhamos com crianças, gestantes, diabéticos, hipertensos [...]." (E04).*

Souza (2002) afirma que todos os Programas de Saúde, bem como o PSF, estão inseridos em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde. O PSF é coordenado pelo Ministério da Saúde, e os municípios baseiam-se nas diretrizes deste para a implantação do programa em nível municipal. Desta forma, entendemos que, se o próprio Ministério não priorizar a saúde mental dentro do PSF, dificilmente os municípios o farão. Ainda, acreditamos que a gestão, de posse de dados epidemiológicos, ao planejar as ações de saúde para o município, deve estar instrumentalizada para olhar e interpretar os dados mais significativos, a fim de mudar a realidade que se apresenta. Neste sentido, os profissionais que atuam na rede de saúde e conhecem a sua área de atuação, precisam desenvolver um olhar mais crítico para esta realidade, a fim de saber interpretá-la e mostrá-la, comprovando a necessidade de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas pelas ESFs em relação à atenção ao portador de sofrimento psíquico, no contexto desse estudo, concentram-se nas consultas psicológicas e médicas individuais, entrega de psicofármacos, visitas domiciliares e grupos. Os dados coletados reforçam que, apesar da reforma psiquiátrica ter iniciado há mais de três décadas, foram realizados poucos avanços nesta área, onde a prática existente é da clínica tradicional hospitalocêntrica e medicalizada, pois a grande maioria dos sujeitos do estudo opera, em Saúde Mental, com a lógica da exclusão e com conceitos psiquiátricos reducionistas e organicistas. No entanto, a ameaça representada pelo contato direto com a comunidade e com a necessidade de mudança de conceitos e de práticas precisa ser medida e respeitada.

O atendimento à família é mostrado como a grande possibilidade de trabalho em saúde mental, sendo necessário integrar a família ao

processo terapêutico, juntamente com a participação da comunidade.

Os limites apontados pelos profissionais das ESFs centram-se na falta de capacitação específica na área de saúde mental e na ausência de uma política municipal de atenção integral ao portador de sofrimento psíquico e a seus familiares. Neste sentido, é gritante a histórica falta de recursos institucionais, o que impede a modificação de regras de valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores de saúde, realidade, esta, que exige o repensar das práticas de profissionais e gestores de saúde.

Acreditamos que o grande desafio do PSF ainda será buscar e conquistar a cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, com ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares e da comunidade, o que, necessariamente, implica construção de um outro modelo assistencial, com diversas modalidades de atendimento, mais voltado à comunidade e às necessidades do cidadão portador de um sofrimento psíquico, em um tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz. Para tanto, é necessário realizar discussões em nível municipal sobre a integração do Programa de Saúde Mental ao Programa Saúde da Família, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, usuários de saúde mental e seus familiares, profissionais de saúde e a comunidade em geral. Também, será preciso planejar ações de educação continuada, não apenas técnicas, mas que possam transformar o olhar dos profissionais de saúde e da comunidade em relação ao doente mental, o que significa modificar as regras manicomiais, considerando-se os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, de forma a produzir alterações na dinâmica dos hospitais psiquiátricos. Significa, enfim, transformar as relações de poder existentes entre instituição e indivíduo, compreendendo-o como membro de um grupo social. No entanto, esse processo demanda discussões locais que analisem as relações familiares, de trabalho e assistenciais, inserindo os portadores de sofrimento psíquico em seu meio, promovendo a assistência, oportunizando ambientes de socialização e de recuperação de suas habilidades, trazendo de volta a comunicação com a família e com o ambiente social, possibilitando, assim, um sentido mais significativo de existência a esses sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.

CAMPOS, R. O. Clínica a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 96-111, maio/ago. 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2001. 213 p.

COSTA NETO, M. M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.6, n. 22, 2000.

COSTA NETO, M. M. (Org.). A implantação da unidade saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2000a.

DIAS, M. Saúde mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p.86-95, dez. 2001.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://w.w.w.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: abr. 2003.

GONÇALVES, A. M. A Reforma psiquiátrica e sua articulação com o processo de trabalho do enfermeiro. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 35-38, jan./fev. 2002.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil.

São Paulo: Hucitec, 1996.

LANCETTI, Antonio et al. **Saúde Loucura, 7:** saúde mental e saúde da família. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2002.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo: Hucitec, 1997.

OGATA. M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing,** São Paulo, v.3, n. 255, p. 24-29, jun. 2000.

OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde**. Manual de Enfermagem: Programa Saúde Família.** Brasília, DF, 2001. p. 198-201.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Caracas.** Genebra, 1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Dia Mundial da Saúde:** saúde mental: cuidar, sim. Excluir, não. Genebra, 2001.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In:_____ . (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá,1999.

SILVA, A. L. A.; OLIVEIRA, M. A. F. Intervenções com familiares no campo psicossocial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem:** Programa Saúde Família. Brasília, DF, 2001. p. 207- 210.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, DF, v. 2, n. 4, jan. 2002.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem:** Programa Saúde Família. Brasília, DF, 2001. p. 43- 46.