



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**JÉSSICA DOS SANTOS PINI**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ATUAÇÃO DAS EQUIPES  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARINGÁ  
2009**

**JÉSSICA DOS SANTOS PINI**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ATUAÇÃO DAS EQUIPES  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: enfermagem e o processo do cuidado.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman

**MARINGÁ  
2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

PINI, Jéssica dos Santos  
P654s Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes da  
estratégia saúde da família/ Jéssica dos Santos Pini. Maringá: UEM,  
2010.

102f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman  
Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem.  
Universidade Estadual de Maringá, 2010.

1. Saúde mental. 2. Psiquiatria Comunitária. 3. Programa  
de Saúde da Família. 4. Atenção primária à saúde. 5. Serviços  
comunitários saúde mental. I. Pini, Jéssica dos Santos II. Saúde  
mental na atenção básica: atuação das equipes da estratégia saúde  
da família.

CDD 614.4

**JÉSSICA DOS SANTOS PINI**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ATUAÇÃO DAS EQUIPES  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: enfermagem e o processo do cuidado.

Aprovado em 17/12/2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande – FURG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

*Dedico este trabalho àqueles que estiveram ao meu lado nesta longa trajetória de aperfeiçoamento e evolução e que me ensinaram, a seu modo, o sentido de viver.*

*Que estiveram comigo durante os períodos iluminados ou escuros do caminho, me acolhendo quando precisei e incentivando quando por vezes pensei não ser capaz. Dedico àqueles que muitas vezes me levaram a persistir, que me fizeram resistir aos percalços da caminhada, que me mostraram que tudo tem seu tempo e tudo passa. Àqueles que me fizeram bem apenas por estar ao meu lado. Todos estes de alguma forma estão presentes na síntese, entre vogais e consoantes que materializam este trabalho.*

*Dedico principalmente à minha família, por tudo o que sou hoje.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por traçar meu caminho com bênçãos e vitórias e me proporcionar ser o que hoje sou.

À minha mãe, Fátima, meu exemplo maior de força e superação. Grande mulher que me ensinou transformar em grande as pequenas coisas e a reconhecer o meu valor e o meu potencial. É a companheira de todas as horas, o colo para minhas angústias, a segurança nos momentos de tormenta, o sorriso na hora da conquista.

Ao meu pai, José Carlos, que embora tenha partido quando ainda era pequenina, seu amor e incentivo na busca pelo conhecimento é parte viva na minha memória e acompanhou-me nos momentos em que parecia não dar conta.

À Vó Elena, que me ensinou a ler e a escrever as primeiras palavras, responsável por despertar em mim o interesse no aperfeiçoamento pessoal e profissionalmente. Fonte de amor e de ternura que ilumina meu caminho.

À minha irmã Milena, presença cotidiana em minha vida, pela amizade, companheirismo e incentivo. Quando ao final do dia, por inúmeros motivos, me senti incapaz de continuar, era sua presença e amor que me mostrava quão forte eu era.

Ao Júnior, pelo amor, incentivo e compreensão e, acima de tudo, por estar ao meu lado.

Aos amigos, colegas e familiares, que se preocuparam e estiveram presentes em diversos momentos, me permitindo seguir em frente.

À Prof. Dra. Maria Angélica, que nesta fase de aprendizado foi mais que orientadora. Foi amiga, conselheira e motivadora. Compartilhou comigo os acertos e erros e de um modo todo especial me fez amadurecer e melhorar. Agradeço o sorriso e a palavra no momento que precisei, o respeito ao meu tempo e às minhas dificuldades e ao modo apaixonante que me fez desvendar esse universo da saúde mental.

Aos colegas do Hospital Municipal de Maringá, que me incentivaram desde o momento que resolvi enveredar por este caminho e proporcionaram a realização deste sonho através das trocas de plantão e flexibilidade de horário. A eles, meus companheiros de trabalho durante grande parte desta etapa, agradeço o sorriso diário e a palavra amiga.

À Secretaria Municipal de Saúde, que proporcionou a realização deste estudo, em especial a coordenação de Saúde Mental do Município de Maringá, pelo incentivo a pesquisa nesta área e comprometimento na busca por melhorias.

Aos colegas do Centro de Informação em Saúde, que me acompanharam neste momento final com preocupação e incentivo diário e possibilitaram minhas ausências durante a realização deste.

Aos professores participantes da qualificação e defesa pública deste trabalho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Aparecida Sanches Tonolli e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi, que, no primeiro momento, me mostraram a direção e me fizeram acreditar no resultado do meu trabalho. Agradeço a presença, a contribuição e o carinho expressado na defesa pública.

Aos professores do Mestrado em Enfermagem, que possibilitaram visualizar novos horizontes no caminho acadêmico e através de seus conhecimentos contribuíram para sanar minhas dúvidas e instigaram tantas outras que impulsionaram, e ainda impulsionam, a busca sempre por mais.

Aos colegas, e amigos, de turma, que estiveram presentes durante esse período, trazendo a solução dos problemas, as trocas de experiência e o incentivo na caminhada. Em especial a Michelle, companheira de orientações, por me mostrar que eu muito posso. E por acreditar em mim, muito mais que eu mesma.

Aos participantes deste estudo, pelo modo que me acolheram e pelo interesse e comprometimento em contribuir para o crescimento e melhoria da assistência em saúde mental na estratégia saúde da família.

*“A mente humana é como um grande teatro. Seu lugar não é na platéia, mas no palco, brilhando na sua inteligência, alegrando-se com suas vitórias, aprendendo com suas derrotas e treinando a cada dia para ser o autor da sua história, o líder de si mesmo”.*

Augusto Cury

PINI, J.S. **Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família.** 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

## RESUMO

Com a reforma psiquiátrica e da atenção básica, o portador de transtorno mental (PTM) retorna a família e comunidade necessitando da assistência das equipes da estratégia saúde da família (ESF). Sabemos que essas equipes estão se organizando para cuidar desses indivíduos, já que se trata de uma responsabilidade recente. Deste modo, o presente estudo objetiva conhecer as ações aos PTM e suas famílias, desenvolvidas pela ESF e compreender as facilidades e dificuldades que os profissionais dessas equipes encontram ao realizarem a assistência em saúde mental. Optou-se por desenvolver uma pesquisa exploratória-descritiva de análise qualitativa no município de Maringá – PR, utilizando a estratégia do grupo focal para a coleta de dados. Primeiramente escolhemos as 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que encaminharam maior número de indivíduos ao setor de emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá e que tinham na população de abrangência mais indivíduos cadastrados no Centro Integrado de Saúde Mental. Em cada UBS foi formado um grupo focal com a equipe da ESF que apresentava todas as categorias profissionais e em número suficiente para cobertura de sua área de abrangência. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Obtivemos a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para realizar o estudo; os participantes assinaram o termo de consentimento e aceitaram a gravação do grupo focal. Nas discussões foram identificadas ações desenvolvidas no acompanhamento e na crise do PTM. No acompanhamento foram apontadas as visitas domiciliares, a criação e fortalecimento do vínculo, a reinserção social do PTM, a medicalização, o encaminhamento a serviços e profissionais especializados e assistência aos PTM e familiares. Na crise, foram citadas a avaliação do quadro, encaminhamento a emergência psiquiátrica, empenho da equipe e a busca pela internação psiquiátrica. Quanto aos fatores que interferem na assistência ao PTM foram identificados mais dificuldades que facilidades, sendo apresentados os sentimentos negativos, o despreparo profissional, a priorização das atividades curativas, a existência de critérios para atendimento/acompanhamento, ou a falta deles, a referência e contra-referência deficiente, as atividades da equipe do Centro de Atenção Psicossocial na lógica matricial, o vínculo entre PTM/família/equipe, a falta de responsabilização, participação, apoio e conhecimento da família com recusa da atuação da ESF, e a baixa adesão do PTM à terapêutica indicada. Observamos que as equipes estão realizando várias ações aos PTM, estando atentas aos princípios da desinstitucionalização e percebendo-se como principais cuidadores desses indivíduos que estão em sua área de abrangência. Contudo, para assistir aos PTM, por várias vezes, os profissionais se deparam com fatores que interferem nas ações e, com a reflexão, atentaram para seu poder de modificá-los através de discussão com demais profissionais da equipe, da UBS, serviços da rede em saúde mental, gestores e comunidade. Ao final do estudo, observamos os avanços consideráveis na assistência ao PTM pela ESF em todos os momentos da permanência deste na

comunidade e notamos que este é um momento de transição em que é necessário aos profissionais desenvolverem ações e participarem de uma rede que ainda encontra-se em construção, além de reformular seu modo de pensar a saúde mental e seus conceitos sobre o PTM e o cuidado que devem oferecer. Assim, compete à equipe buscar meios para consolidar a assistência na atenção básica, principalmente pela ESF, abandonando totalmente o passado de manicômios e internações desnecessárias que assombram nosso país e os PTM.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Psiquiatria Comunitária, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Serviços Comunitários de Saúde Mental.

PINI, JS. **Mental health in primary care: the role of teams in the Family Health Strategy.** 2009. 102 f. Thesis (MA) - Department of Nursing, University of Maringá, Maringá, 2009.

## **ABSTRACT**

After the psychiatric and primary care reformulation, the mental patient (MP) returns to his family and community, requiring the assistance of the Family Health Strategy (FHS). It is known that these teams are still organizing themselves to provide care for these individuals, since it is a recent responsibility. Thus, this study aimed at evaluating the actions carried out by the FHS towards the MP and their families, and understanding the strengths and difficulties these professionals face to give a mental health care. An exploratory, descriptive qualitative analysis was employed, using the focal group strategy to gather data in the city of Maringá - PR. First, two Basic Health Units (BHU) were chosen. These two BHUs forwarded most individuals to the psychiatric emergency of Maringá Municipal Hospital and had more subjects enrolled in the Integrated Center for Mental Health in its area. A focus group with FHS staff was assembled in each BHUs. This group had professionals from all occupational categories and in sufficient numbers to cover their service area. Bardin's content analysis was used to analyze the data. The Ethics and Research Committee and the Municipal Health Department of Maringá granted their permission to carry out the study. The participants signed a consent form and agreed to the recording the focus group. Activities carried out during the MP's monitoring and crisis were identified in the discussions. The monitoring activities consisted of home visits, creation and strengthening of bonds, the MP's social reinsertion, medication, referral to services and professional expertise, guidance to the MP and his/her family and assistance to family members. The following actions were taken on a breakdown: episode assessment, referral to emergency psychiatric, team's commitment and the search for psychiatric hospitalization. As for factors affecting the care of MPs there were more problems than facilities; negative feelings, lack of professional training, prioritization of remedial activities, the existence of criteria for treatment/monitoring, or the lack thereof, inadequate reference and counter reference, the CAPS team activities in the logical matrix, the bonds among the MP/family/team, lack of accountability, participation, support and knowledge of the family, FHS refusal to perform, and poor adherence to the indicated therapy by the MP. It was noticed that the teams are carrying out several actions towards the MPs, keeping in mind the deinstitutionalization principles and perceiving themselves as the main caregivers for those in their service area. However, in order to assist the MP, these professionals are repeatedly faced with factors that affect their actions and, upon reflecting, they saw they had the power to change them through discussion with the other BHUs team members, the mental health network service, managers and community. At the end of the study, a considerable progress was noted on the part of the FHS in assisting the MP at all times they are within the community. It was also noted that this is a transition time where the professionals need to carry out activities and participate in a network that is still under construction, besides reformulating their way of thinking mental health, their beliefs regarding the MP and the care that should be offered them. Thus, it is the team's duty to seek ways to strengthen at basic health

care, especially FHS, leaving behind the history of asylums and unnecessary hospitalizations which haunt our country and the MPs.

**Keywords:** Mental Health, Community Psychiatry, Family Health Program, Primary Health Services, Mental Health Community Services.

PINI, J.S. **La salud mental en atención primaria: el papel de los equipos en la Estrategia de Salud de la Familia.** 2009. 102 f. Tesis (Maestría) - Departamento de Enfermería de la Universidad de Maringá, Maringá, 2009.

## RESUMEN

Con la reforma psiquiátrica y de la atención primaria, el portador de trastorno mental (PTM) regresa a su familia y comunidad, necesitando la asistencia de los equipos de la estrategia salud de la familia (ESF). Es sabido que estos equipos se están organizando para cuidar de estas personas, ya que es una responsabilidad reciente. Así, este estudio tuvo como objetivo conocer las acciones desarrolladas por las ESF junto a los PTMs y sus familias y comprender las fortalezas y dificultades que los profesionales de estos equipos enfrentan en realizar su trabajo. Decidióse desarrollar un estudio exploratorio-descriptivo de análisis cualitativa en Maringá - PR, utilizando la estrategia de grupos focales para recoger datos. Primero, fueran elegidas las 2 unidades básicas de salud (UBS) que remitieran la mayoría de personas a la Emergencia Psiquiátrica del Hospital Municipal de Maringá y que contaban con el mayor número de personas inscritas en el Centro Integrado de Salud Mental en su área de cobertura. Se ha formado un grupo focal en cada uno de las UBS con el personal de la ESF. Cada grupo tenía representantes de todas las categorías profesionales y en número suficiente para cubrir su área de servicio. La técnica de análisis de contenido de Bardin fue utilizada para el análisis de los datos. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y Investigación y del Departamento Municipal de Salud de Maringá para llevar a cabo el estudio. Los participantes firmaron un formulario de consentimiento y concordaron con el registro del grupo focal. Se han identificado en los debates las actividades llevadas a cabo durante el seguimiento y la crisis. Visitas a domicilio, creación y fortalecimiento de lazos, rehabilitación social del PTM, medicación, remisión a los servicios y profesionales especializados, orientación a los PTM y su familia y asistencia a los miembros de la familia. Durante la crisis se ha mencionado la evaluación de la situación, la remisión a la emergencia psiquiátrica, el compromiso del equipo y la búsqueda de la hospitalización psiquiátrica. En los factores que afectan el cuidado de los PTM se identificaron más problemas que facilidades tales como los sentimientos negativos, la falta de profesionales preparados, la priorización de las actividades correctivas, la existencia de criterios para el tratamiento y seguimiento, o su ausencia, la referencia y contra-referencia deficiente, las actividades del equipo CAPS en la lógica matricial, la relación entre el PTM/familia/equipo, falta de rendición de cuentas, participación, apoyo y conocimiento de la familia, la denegación de la ejecución de la ESF, y la baja adherencia a la terapia indicada por el PTM. Se ha observado que los equipos están realizando diversas acciones junto a los PTM, estando atentos a los principios de la desinstitucionalización y la percepción de sí mismos como cuidadores principales de estas personas que están en su área de servicio. Pero, para servir el PTM en repetidas ocasiones esos profesionales enfrentan a factores que afectan a las acciones y, tras reflexionar, han percibido estar en su poder modificarlos a través de la discusión con los otros profesionales del equipo, de la UBS, de los servicios de la red en salud mental, los directores y de la comunidad. Al final del estudio, se han observado progresos considerables por el FSE para ayudar a los PTM en todos los

momentos de su permanencia en la comunidad. También se señaló que este es un momento de transición donde se hace necesario que los profesionales desarrollen actividades y participen en una red que está siendo en construcción, además de rediseñaren su forma de pensar acerca de la salud mental y sus creencias acerca del PTM y los cuidados que se los debe ofrecer. Por lo tanto, cabe al equipo buscar formas de fortalecer la prestación de cuidados básicos, especialmente el FSE, abandonando por completo la historia de los asilos y de hospitalizaciones que acechan a nuestro país y los PTMs.

**Palabras clave:** Salud Mental, Psiquiatría Comunitaria, Programa Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Servicio Comunitarios de Salud Mental.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECAPS	Centro de Capacitação de Profissionais de Saúde
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CIS-AMUSEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Sententrião Paranaense
EP	Emergência Psiquiátrica
EP-HMM	Setor de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HU	Hospital Universitário
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NEEPAF	Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família
NOB	Norma Operacional Básicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTM	Portador de Transtorno Mental
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	Minha trajetória: o despertar do interesse pela saúde mental.....	16
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	25
2.1	Da institucionalização a desinstitucionalização: um pouco da história da psiquiatria no Brasil.....	25
2.2	A estratégia saúde da família como instrumento da atenção básica....	31
3	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	35
3.1	Tipo da pesquisa.....	35
3.2	Local do estudo.....	35
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	36
3.3.1	Apresentação das equipes participantes.....	38
3.4	Procedimento de coleta de dados.....	39
3.4.1	Realização dos grupos focais.....	40
3.5	Procedimento de análise de dados.....	43
3.6	Aspectos éticos.....	43
4	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	44
4.1	Ações ao Portador de Transtorno Mental desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família em um município brasileiro.....	45
4.2	Fatores que interferem nas ações ao portador de transtorno mental desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família.....	63
5	<b>REFLETINDO OS RESULTADOS DO ESTUDO</b> .....	83
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICES</b> .....	96
	<b>ANEXOS</b> .....	100

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 MINHA TRAJETÓRIA: O DESPERTAR DO INTERESSE PELA SAÚDE MENTAL

Assim como a enfermagem, o trabalho em saúde mental e enfermagem psiquiátrica entrou em minha vida de maneira inesperada. Primeiramente tive receio em lidar com o transtorno mental. Quando ainda adolescente, me deparei com uma situação inusitada que colocava essa doença como um grande mal desestruturando a vida de uma pessoa próxima, me deixando realmente impressionada.

Essa pessoa trabalhou em minha casa durante alguns anos, era alguém com quem convivíamos diariamente e que sempre fora prestativa, responsável e comprometida pessoal e profissionalmente. Num determinado dia, ao voltar da escola, observei-a pulando o muro da casa de minha vizinha, sua ex-cunhada. Ela estava diferente e agitada. Neste dia ela não fora trabalhar. Aquilo foi, no mínimo, inusitado. Comentei com minha mãe sobre o fato, que ao conversar com a família dela, soube que ela era portadora de transtorno mental (até hoje não sei exatamente qual), e que não estava mais fazendo o tratamento. Era estranho saber que alguém que cuidava de minha casa, e conseqüentemente de minha família, com tanta dedicação, estava sendo rotulada de “louca”!

Passamos por momentos de confronto com os sintomas desta crise em que ela se encontrava e chegamos a ter medo de algumas de suas atitudes, principalmente das que apresentava nos períodos de agressividade e delírios. Esse quadro permaneceu até que fosse internada em um hospital psiquiátrico. Após sua alta, a vi apenas algumas vezes, porque a vergonha de tudo o que tinha vivido a afastou de minha casa.

O contato com a loucura foi, então, algo que passou pela minha vida naquele momento e que me fez perceber o interesse que sempre tive pelos ditos “loucos”, ao contrário da maioria das crianças e adolescentes que conhecia, que tinham medo. As histórias e todas as facetas que envolvem a doença mental me atraíam por ser algo diferente e desconhecido do meu mundo e por despertar em mim a vontade de ajudar, de contribuir para a melhora daquele indivíduo.

Contudo, todo esse sentimento transformou-se em medo com o passar do tempo. Talvez pelas histórias que ouvia sobre os momentos de crises dos 'loucos', talvez por ter incorporado conceitos populares de que a loucura é algo que deve ser mantida distante devido a inúmeros problemas que pode ocasionar ou, ainda, pela falta de convívio com as doenças mentais.

Não percebi essa transição; só fui observá-la ao me deparar com a enfermagem psiquiátrica durante o curso de graduação, foi quando notei a possibilidade de lidar novamente com a loucura e suas manifestações ao assistir os indivíduos mentalmente enfermos, no campo de estágio dessa disciplina. Fiquei apreensiva acerca de como seria o contato com essas pessoas "tão diferentes de mim", mas, para minha surpresa, ao vivenciá-lo nada foi como o imaginado antes de iniciar o estágio. Não me deparei com a loucura conforme o conceito popular que envolve situações de perigo e ameaça constante, já que "o louco não sabe o que faz". Ao contrário, assisti indivíduos que me surpreenderam com sua inteligência, sua história de vida e perseverança e que me fizeram enxergar o outro lado do universo da loucura que eu tinha esquecido por muito tempo: a necessidade de serem cuidados como pessoas que tem desejos, sonhos, dores e medos, e não apenas um diagnóstico.

Acredito que isso se deu pelo fato de que o estágio fora desenvolvido com o paciente desinstitucionalizado, ou seja, fora de um hospital psiquiátrico, com a aplicação do relacionamento terapêutico domiciliar. Tive contato com pacientes psiquiátricos em seu mundo, sua comunidade e seus familiares... Isso, a princípio, foi contrastante com o conceito que tinha formado durante minha infância e adolescência sobre a loucura e o contato com estes indivíduos, já que sempre ouvira falar "cuidado! São perigosos...".

Com diploma na mão e recém formada, fui em busca do meu primeiro emprego. Comecei como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Nova Esperança (PR), cidade com pouco mais de 25.000 habitantes, sendo responsável por dois distritos do referido município.

É importante comentar que na ESF temos contato com inúmeras patologias, sendo necessário buscarmos incessantemente conhecimento para melhor lidarmos com os problemas que nos são apresentados. E comigo não foi muito diferente. Entre um e outro paciente surgiu aquele com transtorno mental. Vinha, então, a insegurança de como agir. Nas atividades do cotidiano ia tentando assisti-los da

melhor maneira possível, mas nada que caracterizasse um real comprometimento com essa área de atuação, já que ainda não tinha me conscientizado de quão próxima ela estava.

Neste período também trabalhava no Hospital Universitário (HU) de Maringá – PR, no período noturno, e, por diversas vezes tive contato com indivíduos com transtorno mental hospitalizado por outras doenças. Não conseguia enxergar que poderia atuar nesta área durante o período que eles permaneciam internados, pois de acordo com a rotina do serviço, as questões de saúde mental deveriam ser atendidas pelos especialistas (havia residência médica em psiquiatria naquele local), o que fui incorporando como sendo o correto.

Após um ano atuando na estratégia ESF e no HU, assumi os plantões noturnos do hospital municipal de Nova Esperança, onde também foram muitos os pacientes com transtorno mental que assisti. Nessa mesma época, trabalhei também no Centro Regional de Especialidades de Paranavaí, referência para o atendimento de especialidades ambulatoriais para os municípios da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. É importante salientar que o atendimento do médico psiquiatra neste local me colocava constantemente em contato com pacientes psiquiátricos, uns apenas para acompanhamento, outros para avaliações emergenciais devido ao momento de crise.

Confesso que mais uma vez, apesar de me interessar pela enfermagem psiquiátrica, achava que aquilo não era pra mim, um pouco por medo, mas principalmente por não ter conhecimento suficiente para lidar com esses pacientes, gerando, assim, muita insegurança. Percebi, então, que realmente a enfermagem psiquiátrica não é desenvolvida apenas em locais específicos para tratamento psiquiátrico, mas no dia a dia de todo enfermeiro assistencial, independente de qual instituição ou setor ele trabalha. Acredito que quando observei isso me vi totalmente despreparada para lidar com essas situações que envolviam pessoas com transtornos mentais. Entendi que estava na hora de buscar aprofundamento teórico-prático sobre o tema.

Após pouco mais de um ano trabalhando nessas instituições acima relatadas, assumi uma equipe de ESF no município de Maringá. Para minha sorte, fui trabalhar, por alguns meses, numa Unidade Básica de Saúde (UBS) em que o atendimento ao paciente psiquiátrico estava estruturado, uma vez que é local de estágios da disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental da Universidade

Estadual de Maringá. Ali, tive contatos com inúmeros pacientes, com os quais aprendi imensamente. Apesar de me ver com certas limitações, pela dificuldade que sentia em assistir esses pacientes, acredito que foi uma fase de crescimento profissional importante.

Neste momento como enfermeira da ESF, deparei-me, várias vezes, tentando encontrar maneiras de desenvolver ações para contribuir no cuidado ao paciente psiquiátrico que estava na comunidade. Apesar de pouco tempo de convivência nesta unidade consegui aprendizado suficiente para estruturar um serviço numa outra UBS, recém inaugurada, e em fase de organização das ações, as quais trouxeram inúmeros benefícios para a população local. O envolvimento com a estruturação do serviço e com os pacientes com transtorno mental, me fez enxergar a saúde mental com outros olhos e novamente senti-me envolvida por esta área e, acima de tudo, despojada do preconceito e medo que um dia esteve presente em minha vida.

Durante a minha vivência profissional, observei que indivíduos estigmatizados devido ao transtorno psiquiátrico, e que, na minha opinião, são muito mais que um simples diagnóstico ou crise, não são devidamente assistidos por nós, profissionais de saúde, quando retornam a comunidade – após tratamento psiquiátrico hospitalar ou em serviços especializados de saúde mental. Entendo que assistir os portadores de transtorno mental é uma atuação recente da equipe da ESF, sendo consequência do processo de desinstitucionalização, e que exige uma readequação no cotidiano e no modo de pensar saúde mental na atenção básica para contemplá-la. Contudo, isso não justifica o distanciamento dos profissionais da atenção básica.

Tive dificuldades em atender portadores de transtorno mental e suas famílias que estavam sob o cuidado da minha equipe de ESF, sendo que por diversas vezes me vi sem experiência e conhecimento sobre como agir em determinadas situações. Também foram frequentes os momentos de angústia quanto aos resultados das minhas ações e da equipe a qual integrava, além da indignação pelo difícil acesso aos serviços especializados quando o nosso conhecimento não era suficiente para encontrar uma solução eficaz para o indivíduo.

Em contato com outras equipes dessa estratégia, percebi que as inquietações que vivia na minha atuação profissional em saúde mental eram compartilhadas por muitos profissionais, depreendendo que havia uma causa maior

que minha dificuldade particular em assistir os doentes mentais, que interferia no desenvolvimento de um acompanhamento extra-hospitalar capaz de ajudar o paciente e sua família nas suas reais necessidades.

Enquanto atuei como enfermeira do setor de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal de Maringá, local onde funciona o setor de emergência psiquiátrica, referência para atendimento de pacientes da 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> Regionais de Saúde do Estado do Paraná, tive contato diário com o transtorno mental e mais uma vez identifiquei que a dificuldade que senti enquanto enfermeira da ESF, no cuidado ao indivíduo com transtorno mental, é muito presente na vida de tantos outros enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Uma prova da tentativa de distanciar-se das ações em saúde mental, devido ao simples fato de pensar não ser capaz de assistir os portadores de transtornos mentais, era o número significativo de encaminhamentos para o setor de emergência psiquiátrica sem necessidade real. Era evidente que muitos profissionais que realizavam esses encaminhamentos tinham medo e não sabiam como agir, mesmo quando o indivíduo não apresentava nenhum sintoma de crise.

Foi perceptível que a institucionalização dos pacientes psiquiátricos por tempo considerável gerou profissionais de saúde que não sabem lidar com eles ou com suas famílias na comunidade, criando a ilusão que esses pacientes devem ser cuidados por profissionais especialistas em psiquiatria, mesmo que o quadro apresentado seja totalmente clínico, como uma gripe ou descompensação hiper ou hipoglicêmica.

Entendendo que a Estratégia Saúde da Família e a atuação dos profissionais que compõem a equipe são ferramentas indispensáveis no processo de reforma psiquiátrica. Cabe a eles estarem preparados para assistir o indivíduo com transtorno psiquiátrico, atendendo-os na comunidade. É importante destacar que o indivíduo com transtorno mental que não recebe um cuidado extra-hospitalar está sujeito a maiores dificuldades em sua reinserção social por falta de acompanhamento.

Minha trajetória profissional evidencia uma lacuna importante no cuidado aos indivíduos com transtorno mental que retornam a comunidade e que precisam ser acompanhados e assistidos. Isso me levou a buscar entender onde está a falha que impede de cuidarmos desses pacientes de maneira integral e digna, quebrando

as barreiras e vencendo o medo, o preconceito, como também, a falta de conhecimento técnico-científico.

Assim, percebendo a importância dos profissionais que atuam na ESF e seu papel fundamental nesse momento do processo de desinstitucionalização psiquiátrica e, observando as atitudes tomadas por alguns destes profissionais quando cuidam do indivíduo com transtorno psiquiátrico, surgiram os seguintes questionamentos: como está sendo desenvolvida/realizada a assistência das equipes de ESF aos indivíduos com transtorno psiquiátricos e suas famílias? O que está interferindo para que as equipes desenvolvam ações eficientes e capazes de melhorar a condição do portador de transtorno mental (PTM) e promover sua reintegração na comunidade com a estabilidade do quadro/permanência deste na comunidade?

Diante da problemática apresentada e com a possibilidade de investigação nesta área, por ter optado pelo mestrado em enfermagem, busquei realizar este estudo na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental que, acredito, contribuirá para meu crescimento, da enfermagem e demais profissionais de saúde, local e regional.

Ao falar do paciente psiquiátrico na comunidade, temos que considerar alguns pontos que interferem no cuidado a este indivíduo. Primeiramente temos que destacar o processo de Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo em vários países após a Segunda Guerra Mundial, responsável pelo retorno do indivíduo com transtorno mental à comunidade. No Brasil esta reforma tornou-se mais vigorosa a partir da década de 1990, como iniciativa articulada entre os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo as políticas adotadas norteadas pela Declaração de Caracas, que resultou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990 (BRASIL, 2002).

Na reforma brasileira, a implementação das políticas públicas foi fortemente influenciadas pelo processo legislativo, sendo a reforma psiquiátrica consolidada no âmbito federal com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, contando com apoio explícito e determinado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Esta lei ratificou historicamente, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade e

integralidade de acesso e direito à assistência e valorizando a descentralização do modelo de atendimento. Essa descentralização conta com a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, com redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, implantando ações de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2003a).

Enquanto os hospitais psiquiátricos que não atendiam minimamente a critérios básicos de assistência foram fechados, iniciou-se a implantação de serviços substitutivos ao modelo tradicional (BRASIL, 2002).

A atenção básica, chamada anteriormente de atenção primária à saúde, surgiu em 1977 como estratégia para atingir a meta *Saúde para Todos no Ano 2000*, criada pela assembléia mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, no ano de 1978, foi o pilar para a construção desta, com a proposta de expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde (STARFIELD, 2002). Esse modelo de assistir a saúde é visto como alternativa para a diminuição de custos em saúde e deve ser realizado por serviços diferenciados conforme necessidade dos diferentes grupos sociais (TESTA, 1992).

Para reorganizar a atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), buscando superar o modelo vigente (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 1998), respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e atendendo os grupos mais vulneráveis da comunidade com prioridade. Em 1997 o MS traz uma nova interpretação para esse modelo de assistência a saúde, definindo-o como Estratégia Saúde da Família. Passa a ser, então, a porta de entrada do SUS, perdendo sua característica de atividade de assistência à saúde paralela a rede existente. A composição das equipes, seu papel e orientações sobre seleção, treinamento, supervisão e avaliação destas são definidas em documento oficial (BRASIL, 1997).

A atenção à saúde abandona seu caráter curativo e individual, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças, ampliando suas proporções e buscando a promoção da integralidade das ações de saúde (RONZANI; RIBEIRO, 2004). A nova estratégia apresenta como foco o sujeito em sua família e comunidade (BRASIL, 1996). Busca-se a transformação das práticas da atenção à saúde e dos profissionais que atuam nessas equipes, podendo ser considerado

como um impulso para transformar todo o sistema de assistência a saúde. (RONZANI; STRALEN, 2003).

Neste sentido, a equipe da ESF tem papel fundamental na construção de um novo modelo de cuidado na saúde mental (PEREIRA et al., 2007). O envolvimento da família e comunidade no debate sobre suas necessidades sociais/saúde, e a possibilidade de instrumentalizá-la na busca de soluções eficazes aos seus conflitos, torna essa estratégia, ao menos em seus princípios, um instrumento de ruptura com o modelo médico-centrado e todos saberes/valores/subjetividades que permeiam este modelo radicado na cultura ocidental. A proposta do novo modelo assistencial é centrada na vigilância à saúde e qualidade de vida enfocando a família e comunidade, incluindo a proteção e promoção da saúde e o diagnóstico e tratamento de doenças (CAVALHERI, 2005). A ESF busca transferir as atividades de saúde, até então centradas no hospital, para um modelo descentralizado e de base comunitária.

Como ainda não há uma rede de serviços extra-hospitalares que absorvam a assistência aos portadores de transtornos mentais, cabe a equipe da estratégia saúde da família acompanhá-los. Desenvolve-se, então, uma assistência ao portador de transtorno mental junto a sua família, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e acompanhamento dele e de sua família nas ações básicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (SOUZA et al., 2007).

Conforme Paim (2001), o cuidado deixa de ser específico ao doente mental e as equipes precisam aprender a trabalhar com os determinantes sociais do adoecimento, desenvolvendo práticas intersetoriais, exercício da cidadania e mecanismos de *empowerment*.

O domicílio é utilizado como espaço terapêutico, contribuindo na criação de vínculos e aproximação de profissionais com o cotidiano da família. Na área de saúde mental vemos que este atendimento deve ser inserido no convívio social do paciente, tornando-se uma estratégia adequada de cuidado (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2003).

A ESF se torna importante para a reinserção do doente mental na sociedade, já que os cuidados básicos devem ser prestados e o SUS preconiza a desinstitucionalização e assistência humanizada (ROSA; LABETE, 2003). Sabemos que devido a desinstitucionalização há muitos pacientes com transtornos psiquiátricos vivendo na comunidade, freqüentando as Unidades Básicas de Saúde

e dependentes do acompanhamento e cuidado das equipes. Assim, as equipes de saúde da família devem estar preparadas para atuar na área de saúde mental, não somente com o portador de transtorno mental, mas também com sua família e com a comunidade em geral, desenvolvendo ações que promovam a saúde mental da população.

Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de conhecer as ações desenvolvidas aos portadores de transtorno mental e suas famílias pelas equipes da estratégia saúde da família e compreender as facilidades e dificuldades que os profissionais dessas equipes encontram ao realizarem essa assistência.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM POUCO DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil iniciou no final dos anos de 1970. Para entendermos o que levou a essa reforma, devemos conhecer um pouco do cenário da assistência psiquiátrica antes desse período.

No primeiro quarto do século XX, Juliano Moreira foi a figura de maior destaque da psiquiatria brasileira, pois buscava conferir um caráter científico à psiquiatria. Durante a atuação de Adauto Botelho no Serviço Nacional de Doenças Mentais na estrutura do Ministério da Educação e Saúde, de 1941 a 1954, ocorreu a expansão dos hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país, consolidando a política macro-hospitalar pública como instrumento de intervenção sobre a doença mental. Isso foi possível devido ao decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava a realização de convênios entre governos estadual e federal para a construção de hospitais psiquiátricos. A doação de terrenos e pagamento de despesas com manutenção e recursos humanos era responsabilidade do poder estadual e o investimento em projetos, construção e equipamentos caberia ao poder federal. Nesse período a psiquiatria desejava se estabelecer como especialidade médica e seu espaço de atuação tornou-se reconhecido como tal (SAMPAIO, 1988).

Mesmo com o surgimento de mais de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil, existia um caos na assistência psiquiátrica, já que em 1950 os hospitais públicos tinham um número excessivo de pacientes internados, tendo como função social o isolamento do paciente para proteger a comunidade do perigo que ele representava (PAULIN; TURATO, 2004).

Esses autores destacam também que a nova classe social urbana que surgiu com o governo de Juscelino Kubitschek, tinha característica corporativa, crítica e reivindicadora e passou a exigir um atendimento de qualidade na área de saúde, inclusive na saúde mental. Isso resultou no surgimento do hospital

psiquiátrico privado, que diferia do hospital público apenas pelo conforto e baixo índice de mortalidade.

Em 1961 já existiam 81 hospitais psiquiátricos privados, que representava o crescimento de 24,9% dos leitos, e 54 públicos, correspondente a diminuição de 75,1% dos leitos, totalizando 135 hospitais psiquiátricos no Brasil (SAMPAIO, 1988).

A resolução CD/DNPS 942/62 — Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais, da Previdência Social, lançada em 1962, enfocava a prevenção em saúde mental e determinava a assistência em ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais. Contudo, isso nunca entrou em prática (PAULIN; TURATO, 2004).

Após o movimento militar de 1964 a assistência a saúde mental passou a ser destinada também aos trabalhadores e seus dependentes. Devido às condições precárias dos hospitais da rede pública, à ideologia privatista do movimento de 1964 e às razões de ordem econômica, iniciou-se a contratação de leitos em hospitais privados (COSTA apud REZENDE, 1987).

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em novembro de 1966, ocorreu a terceirização dos serviços, não somente na área de saúde mental, mas em todas as especialidades médicas (OLIVEIRA et al., 1986).

Para os hospitais privados, a psiquiátrica significava lucro, pois não necessitavam de recursos humanos especializados e nem tecnologia sofisticada. Luis Cerqueira denunciou, então, em seu trabalho, a situação da cronicidade dos doentes mentais (AMARANTE, 1995).

O milagre econômico e o crescimento expressivo da população no início da década de 1970 contribuíram para estabelecer a medicina previdenciária e seu desenvolvimento. Contudo, ao final dela e início dos anos 80, ocorreu uma crise na economia, na seguridade e previdência, contribuindo para a dificuldade financeira, administrativa, política e ideológica (BRASIL, 2005a). Neste momento, os prestadores de serviços e médicos são considerados responsáveis pela crise da previdência, passando a ter redução na remuneração (GASTAL et al., 2007).

Começa-se, então, a discutir o sistema de assistência à saúde como um todo, pensando numa reformulação deste. É assim que surge o movimento que conhecemos por “reforma sanitária”, influenciado também pelas discussões internacionais sobre modelos de assistência a saúde. Isso teve repercussão em todo

o país, mais notoriamente nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo (ALVES, 1996).

O papel do hospital psiquiátrico é, então, questionado e debatido nacionalmente, ocorrendo a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que abordou a reversão da tendência hospitalocêntrica e o resgate da cidadania do doente mental (GASTAL et al., 2007).

Esses autores destacam que em 1989, pensando na legalização institucional da reforma psiquiátrica, foi aprovado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) pela Câmara Federal, propondo a criação de uma rede de assistência não mais hospitalocêntrica, com diminuição dos leitos psiquiátricos e a comunicação compulsória das internações involuntárias. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 e 8142, de 1990, todos os indivíduos passam a ter garantido seu acesso a saúde, antes vinculado à contribuição previdenciária, que excluía grande parte da população (GASTAL et al., 2007).

As políticas em saúde mental adotadas são norteadas pela Declaração de Caracas, resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990 (BRASIL, 2002).

Essa declaração propõe que o modelo hospitalocêntrico seja superado, buscando a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos dos portadores de transtorno mental. Teve, inclusive, repercussão nas Portarias Ministeriais, entre elas na de nº 224/92 da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde, que estabelece padrões mínimos para funcionamento dos serviços de assistência a saúde mental (GASTAL et al., 2007).

Neste mesmo ano de 1992 foi criada a Lei Estadual 9.716 no Rio Grande do Sul, onde não existia legislação específica na área de saúde mental até o momento, conhecida como "lei de reforma psiquiátrica e de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico". Com ela, passa-se à atenção extra-hospitalar, abandonando o predomínio da assistência psiquiátrica através de internações, permitida apenas quando indispensáveis e pelo menor tempo possível. A partir desta lei o setor público não pôde contratar ou financiar novos leitos dos hospitais psiquiátricos existentes e foi proibida a construção e a ampliação dos hospitais psiquiátricos. Com ela foi criado também serviços de assistência sanitária e social e regulamentado a

internação compulsória em psiquiatria com comunicação médica ao Ministério Público em até 24 horas (GASTAL et al., 2007).

Com as Normas Operacionais Básicas (NOB) 1993 e 1996 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001, o cidadão tem garantido o acesso, o mais próximo possível de sua residência, a serviços e ações vinculados a mínimas responsabilidades que compreendem também a assistência aos mais frequentes distúrbios mentais e psicossociais.

O projeto do Deputado Paulo Delgado levou 11 anos de tramitação no Senado da República, porém sua aprovação pelo Congresso Nacional e sanção do presidente da República o transforma na Lei 10.216, em 2001, considerado o marco legal da Reforma Psiquiátrica, em âmbito nacional, que contou com apoio explícito e determinado do Ministério da Saúde, ela impulsiona a reforma psiquiátrica no Brasil, já que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência a saúde mental.

Varias normatizações do Ministério da Saúde, em 2002, contribuíram para a redução de leitos e hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos (BRASIL, 2005a).

Observando dados sobre os leitos hospitalares, vemos que anteriormente a lei 10.216, em janeiro de 2001, existia no Brasil 487.050 leitos na rede hospitalar, sendo 70.416 destinados a psiquiatria. No Paraná havia 30.172 leitos, sendo 4.961 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2010a – DATASUS).

Os dados mais recentes disponíveis no site do DATASUS (outubro de 2009) apontam a existência de 511.871 leitos para internação no país, sendo que 367.453 destes são leitos-SUS. Dos leitos disponíveis, 53.199 são de psiquiatria, sendo 42.241 no SUS. Em nosso estado, há 31.895 leitos hospitalares, sendo 3.296 para atendimento psiquiátrico e, destes, 2.623 leitos SUS para psiquiatria. Em Maringá existem 303 leitos psiquiátricos, contando com 268 leitos na rede hospitalar do SUS, o que corresponde a 23,24% dos total de leitos e 37,96% do total de leitos SUS no município (BRASIL, 2010b).

Percebemos nestes dados o declínio no número de leitos psiquiátricos, mesmo que não possamos comparar os leitos SUS separadamente, mas sabemos que se aplica também a estes, sendo que 17.217 leitos psiquiátricos do SUS foram extinguidos no Brasil e 1.620 no Paraná no período de janeiro de 2001 e outubro de 2009.

A atual Política Nacional de Saúde Mental busca, além da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, a expansão, qualificação e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Foram implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e as ações da saúde mental na atenção básica, construindo uma rede assistencial na própria comunidade. Esses novos serviços foram criados para que a assistência ao indivíduo com transtorno mental fosse de qualidade, suprimindo a necessidade de internações em ambiente protegido. Contudo, ainda não estão implantados de maneira a garantir assistência a todos os indivíduos com transtorno mental, devido a cobertura deficiente (BRASIL, 2005a).

Foram também criados os serviços de emergências psiquiátricas, com pessoal capacitado para o atendimento ao indivíduo com transtorno mental que se encontra em crise. A emergência psiquiátrica pode ser definida como qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade (HILLARD, 1994).

A desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços psiquiátricos extra-hospitalares fizeram com que os serviços de Emergência Psiquiátrica (EP) em hospitais gerais fossem redefinidos várias vezes em função das mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental (FOSTER; KING, 1994). Os serviços de EP tiveram de assumir também a “triagem” de casos de internação, se responsabilizando pela intervenção em quadros agudos para estabilizar o paciente e iniciar o tratamento.

No Estado do Paraná, conforme Art. 2º da Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995, o sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico está sendo substituído por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (PARANÁ, 1995).

De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), há um reduzido número de unidades psiquiátricas em hospital geral, com pequena disponibilidade de leitos em todos os estados brasileiros (BRASIL, 2005b). Esta realidade, aliada a qualificação e sensibilização deficiente da equipe hospitalar, acaba por gerar receio e insegurança na equipe hospitalar, nos usuários e seus familiares, dificultando o processo de Reforma Psiquiátrica, pois os momentos de crise mental acabam não sendo atendidos como rotina de um hospital geral (OLIVEIRA, 2007).

Todo esse processo de reforma psiquiátrica que levou a desospitalização dos indivíduos com transtorno psiquiátrico ocasiona o retorno destes, antes segregados, à família e comunidade, onde deverá ser reinserido e cuidado. É ali que este indivíduo deverá receber apoio dos profissionais de saúde para que esta etapa tenha êxito.

Segundo Franco (2006), a criação de serviços que prestem atenção ao indivíduo egresso de internações psiquiátricas ainda é restrita. Essa substituição dos serviços fechados pelos abertos com objetivo de assistir as pessoas com sofrimento psíquico revela vários fatores que tem implicações socioeconômicas e culturais, abrem espaço para saberes em construção e solicitam da sociedade, famílias, usuários e profissionais que repensem conceitos.

É evidente o esforço empregado para não reduzir a reforma psiquiátrica à desospitalização, utilizando como componente indispensável da desinstitucionalização as ações na atenção básica no cuidado a pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007). Isso pode intervir nas relações cotidianas dos egressos de hospitalização psiquiátrica e oferecem melhor acompanhamento assistencial dos agravos mentais e maior possibilidade de reabilitação (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

É inútil a tentativa de tratar o indivíduo longe de sua família, devendo a promoção e o tratamento em saúde mental serem planejados dentro do contexto familiar (OLIVEIRA e COLVERO, 2001). O envolvimento da família no tratamento do doente é fundamental para a recuperação. O vínculo estabelecido entre a ESF e a família favorece o envolvimento desta no tratamento e ao mesmo tempo oferece atendimento e apoio em suas dificuldades, porque a doença não traz sofrimento apenas ao indivíduo, mas também a sua família (ROSA, 2002). A reabilitação social engloba todos os atores do processo saúde doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais de saúde e comunidade (SARACENO, 2001)

Devemos considerar também que, segundo Danese (1998), a pessoa em situação de sofrimento psíquico tenta resolver a situação com recursos próprios. Se não obtiver sucesso, procura ajuda dos familiares e, depois, recorre aos serviços de saúde. Assim, a família deve ser vista como unidade que merece ser cuidada e não somente como aliada no processo de atenção ao indivíduo com transtorno mental.

Apesar da existência de alguns problemas em comum, cada família é singular e única, o que deve ser considerado pelo profissional ao cuidá-las (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 2002). Ao se propor o trabalho com famílias, o profissional deve refletir e estar atento às necessidades e individualidade de cada membro, já que a realidade e a forma de enfrentamento das dificuldades, e a vida de um modo geral, são diferentes (WAIDMAN et al., 2003).

Ora, se a família, unidade na qual está baseada a ESF, necessita de cuidado, assim como o portador com transtorno mental, devemos destacar que essa estratégia deve estar estruturada para o apoio e assistência a esses e a comunidade. Torna-se assim, evidente, que se considerarmos a reforma psiquiátrica e a presença do PTM na família e comunidade, a ESF será o serviço de maior contato com esses indivíduos que necessitam de cuidado. Considerando a expansão deste programa no país e o número reduzido de serviços extra-hospitalares especializados na atenção aos portadores de transtorno mental acreditamos que será cotidiano da ESF lidar e assistir pessoas em sofrimento psíquico e sua família e para isso os profissionais precisam estar preparados técnica e cientificamente.

## 2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA

As atuais práticas de saúde, que compreendem a ESF, buscam a substituição do modelo tradicional e a reorganização da atenção à saúde sob novas bases, contribuindo para que a saúde esteja mais próxima da família e ocasionando melhorias na qualidade de vida dos brasileiros. Rompe, então, com o comportamento passivo existente nas unidades básicas de saúde e estende suas ações à comunidade através do atendimento domiciliar (BRASIL, 2003b).

A equipe da ESF é composta de uma equipe multidisciplinar, sendo esta formada, geralmente, por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe deve ser responsável por até 4 mil habitantes, sendo que cada ACS deve ter em sua área de atuação, no máximo, 750 pessoas. Além desses profissionais, podem fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal, que são um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2006).

Os profissionais que trabalham na ESF necessitam, além da capacidade técnica, identificar-se com a proposta de trabalho dessa estratégia, que envolve a criatividade, iniciativa e empenho em desenvolver trabalhos em grupos (BRASIL, 1996). Assim, é exigido mudança na estrutura da formação e práticas dos profissionais de saúde (RONZANI; RIBEIRO, 2003). Em dezembro de 2008, o programa tinha uma cobertura da população de 49,5%, que corresponde a cerca de 93,18 milhões de pessoas atendidas (BRASIL, 2009a), com 28.330.771 famílias acompanhadas (BRASIL, 2009b).

No estado do Paraná havia neste período 1.672 ESF implantadas em 382 municípios, com cobertura de 5.351.311 habitantes, sendo 1.373.660 famílias acompanhadas, equivalente a 51,40% da população. Se considerarmos também as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), temos um acompanhamento de 6.031.663, habitantes na atenção básica, o que totaliza 1.635.700 famílias (BRASIL, 2009a).

A implantação da ESF nos municípios pode ter sido considerada como mecanismo de barganha política, envolvendo políticos e população, conforme destacado por Senna (2002), já que existe ainda uma tradição clientelista e paternalista da política em nosso país. O incentivo financeiro dado aos municípios pelo governo federal e estadual também contribuiu para a adesão a esta estratégia. Observa-se um crescimento contínuo em todo o país, com aumento significativo do número de equipes, contudo as tradicionais formas de atenção à saúde ainda não foram totalmente alteradas e ainda não existe uma estratégia de promoção de equidade (RONZANI; SILVA, 2008).

Como está inserido no primeiro nível de atenção, a equipe da ESF tem de garantir a assistência integral ao indivíduo e família de sua área de abrangência, atendendo a todas as necessidades destes que surgirem, sendo elas de ordem física ou mental (BRASIL, 2001).

A ESF deve incorporar e reafirmar os princípios do SUS, sendo eles a universalidade, a integralidade, a descentralização e o controle social, baseando suas ações na integralidade, territorialização, hierarquização e cadastramento da clientela. Isso ocorre quando as equipes estabelecem vínculos de compromisso e co-responsabilização com a população adstrita, o que é propiciado pelo fato de conhecerem os indivíduos, família e recursos da comunidade, realizarem a busca ativa de usuários e famílias que podem ser ou estão acometidos pelo processo saúde-doença e fornecerem o atendimento humanizado, acolhedor e contínuo ao longo do tempo (BRASIL, 2006).

Neste momento, observa-se que não é possível focar apenas o indivíduo, desconsiderando o contexto familiar e social no qual esta inserido, pois as práticas de saúde não comportam mais a fragmentação do sujeito (BRÊDA et al., 2005).

Essa nova estratégia é apresentada como ferramenta de mudança das antigas concepções de atuação profissional, já que tenta abandonar a medicina curativa para atuar na integralidade da assistência. É necessário, então, reorganizar o processo de trabalho, com utilização de equipes interdisciplinares, e enfoque de atenção na família. Isso se torna possível quando os profissionais e o serviço se encontram mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, garantindo uma assistência que realmente supra a necessidade da população e não seja mais centrada em procedimentos isolados e na doença ( ROSA; LABATE, 2005).

Essa estratégia tende a resgatar conceitos fundamentais de humanização, vínculo e co-responsabilidade, entre outros, na iniciativa de reorientar o desenvolvimento dos serviços de saúde, como objetiva o MS ao instituir essa estratégia (BRASIL, 1997). Busca-se também conscientizar o indivíduo de que saúde é um direito e alicerce da qualidade de vida. Isso pode ser realizado através das trocas existentes no relacionamento dos profissionais com a família e comunidade (SOUZA, 2000).

Ainda, a ESF tem como prioridade a proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e família de forma integral e contínua, nos diferentes momentos do ciclo da vida. A atenção à saúde deve compreender a família em seu ambiente sócio-físico, tornando possível o entendimento do processo saúde-doença e das intervenções necessárias, observando a singularidade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico e considerando as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecer (RODRIGUES et al., 2008).

Esses autores destacam que a ESF está se consolidando na contribuição para mudar o modelo de assistência à saúde do SUS, o que resulta do rompimento com o comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, já que as ações são destinadas e realizadas com a comunidade, tornando possível o trabalho em equipe, a responsabilização com o território, a criação de vínculos e coresponsabilidade entre profissionais, serviços de saúde e população.

Destacamos que a ESF apresenta, como qualquer outra estratégia, algumas potencialidades e fragilidades. Dentre as potencialidades podemos destacar o fortalecimento do processo de mudança do modelo biomédico para o novo modelo, o resgate da relação entre profissionais de saúde e população a ser atendida, o desenvolvimento da escuta, vínculo, acolhimento e atenção contínua com conseqüente diminuição da tecnologia dura no atendimento a saúde e o aumento da participação e controle social. Nas fragilidades é destacado o conflito entre o discurso (o que é proposto) e a prática cotidiana, uma vez que o modelo biomédico não foi totalmente superado, a dificuldade em adequar a assistência as realidades locais, já que devem ser seguidas as normativas do programa, a separação entre a epidemiologia e a clínica, a falta de preparo para lidar com o subjetivo e a existência de serviços de referencia ineficientes ou a inexistência destes. (BRÉDA et al., 2005; ROSA, 2002).

O estudo apresentado por Rosa (2002), demonstra que as atividades desenvolvidas pela equipe da ESF ainda tem como objeto de cuidado o indivíduo e não a família ou comunidade, sendo as práticas centradas na atenção a doença e desconsiderando as reais potencialidades individuais dos sujeitos em interação com o meio social no qual estão inseridos. Isso ressalta que com a ESF mudou-se apenas o local de atuação, que passou a ser no domicilio através das visitas domiciliares, e que ainda não foram implementados dispositivos que melhorem a capacidade de solucionar os problemas de saúde, desviando o foco dos procedimentos para o cuidado.

Assim, fica evidente que há inúmeros desafios que devem ser superados pelos profissionais da ESF, tais como a necessidade de criar vínculo e escuta com ética e responsabilidade e aprender a trabalhar em equipe multidisciplinar e com as famílias, já que elas têm muito a dizer sobre seu processo de vida e adoecimento, o que pode ser conhecido através do dialogo (ROSA, 2007).

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Optou-se por desenvolver uma pesquisa exploratória-descritiva de análise qualitativa. A pesquisa descritiva, para Gil (1999), possibilita a descrição das características do fenômeno ou população de estudo, podendo ir além de relacionar variáveis para determinar a natureza da relação. O estudo exploratório descreve a situação com detalhes e busca descobrir relações entre seus elementos, considerando todos os aspectos envolvidos. Possibilita perceber e descobrir idéias sobre o assunto pesquisado e se familiarizar com o fenômeno (BARBOSA, 2001).

Minayo et al. (2002), apresentam a análise qualitativa como forma de buscar o entendimento aprofundado dos significados e relações sociais, enfocando indivíduo e sociedade em um nível de realidade impossível de quantificação. É por meio da pesquisa qualitativa que podemos trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, indo além da superficialidade no universo dos relacionamentos e dos sujeitos.

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maringá, sede da 15ª Regional de Saúde e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Sententrião Paranaense (CIS-AMUSEP). Está situada na região Noroeste do Estado do Paraná, apresenta uma população, conforme contagem realizada em 2007, de 325.968 habitantes e área territorial de 488 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2008). Por ser o maior município da região, tornou-se referência para os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Ao analisarmos dados da atenção básica de maio de 2009, vemos que o município de Maringá conta com 55 equipes da ESF implantadas (17 com atendimento de saúde bucal), com acompanhamento de 57,26% dos municípios

(189.750 hab), num total de 54.227 famílias acompanhadas. Há ainda 11 equipes do PACS, composta apenas de ACS, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, responsável pelo acompanhamento de 11.089 famílias. Se considerarmos as equipes de PACS e ESF, temos uma população de 193.775 habitantes acompanhadas na atenção básica, equivalente a 65.316 famílias e 58,47% da população total (BRASIL, 2009b).

Existem atualmente 25 UBS no município de estudo, localizadas estrategicamente para abranger uma população específica, contribuindo na territorialização da ESF. São agrupadas em regionais de saúde, conforme proximidade, resultando em 5 destas existente no município.

Na saúde mental, o município de Maringá tem dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um para atendimento geral e outro para usuários de álcool e outras drogas. Conta ainda com o Centro Integrado de Saúde Mental, que funciona como ambulatório de saúde mental disponibilizando acompanhamento psiquiátrico e psicológico, e com o serviço de emergência psiquiátrica no Hospital Municipal de Maringá para atendimento dos residentes em Maringá e outros 67 municípios dentro da abrangência da 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> Regionais de Saúde do Paraná. Há também um Hospital Psiquiátrico, para internações de longa permanência, com 285 leitos disponíveis.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para a formação dos grupos focais, necessários para a metodologia de coleta de dados escolhida, utilizamos um estudo de 2005, último ano com os dados disponíveis, fornecido pela atenção a saúde mental do município de Maringá. Esse estudo cruzou o número de indivíduos que retiram medicamentos psicotrópicos e são acompanhados no Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) com o número de encaminhamento e atendimento no serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (HMM). Esse cruzamento de dados forneceu uma listagem em ordem decrescente das 23 UBS em funcionamento naquele ano que mais utilizaram os serviços de saúde mental citados.

É importante destacar que o setor de emergência psiquiátrica do HMM é destinado ao atendimento dos indivíduos no período de crise aguda do transtorno

mental, sendo porta de entrada para a internação psiquiátrica, podendo indicar internação no local ou encaminhar para o Hospital Psiquiátrico de Maringá caso não haja vaga para internação no setor. Também é realizado neste setor a avaliação e primeira intervenção, sendo que muitas vezes o PTM é encaminhado para acompanhamento em outros serviços, como CISAM e CAPS, quando não há necessidade de internação. O CISAM é o serviço responsável pelo atendimento especializado da rede de atenção ao portador de transtorno mental, com atendimento psiquiátrico, psicológico e dispensação de medicamentos psicotrópicos.

Salientamos que a escolha pelas UBS com população que mais utiliza os dois serviços descarta a possibilidade de desassistência ao PTM, uma vez que se considerarmos apenas os indivíduos encaminhados ao serviço de emergência psiquiátrica, criamos o viés de, talvez, ser a UBS com atendimento deficitário ao PTM, que entra em crise aguda da doença por falta de ações da atenção básica. Assim, ao analisarmos também os usuários cadastrados no CISAM, acreditamos que são indivíduos acompanhados pelo serviço de saúde mental, em uso de medicações necessárias e que estão na comunidade, sendo alvo de ações das ESF. Deste modo, acreditamos que essas equipes da ESF desenvolvem em suas atividades cotidianas ações aos PTM e suas famílias, já que estes estão sob seus cuidados na comunidade.

Iniciamos com as duas UBS que encabeçaram a lista já descrita, apresentando o maior número de pacientes encaminhados aos dois serviços de saúde mental citados, com a possibilidade de estender a formação de grupo focal para as próximas UBS da lista se com as duas primeiras não atingíssemos o objetivo deste estudo. Isto não foi necessário pela quantidade e profundidade dos dados e pelo alcance dos objetivos com a realização do segundo grupo focal com uma dessas equipes.

Após selecionar essas UBS, foram formados dois grupos focais, um em cada UBS, compostos pelos integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família que se encontravam completas. Consideramos completa a equipe que tinham todas as categorias profissionais e em número suficiente para cobertura de toda a área de sua abrangência, não apresentando áreas sem assistência de qualquer que fosse o profissional da ESF, podendo também contar com os profissionais da saúde bucal.

### 3.3.1 Apresentação das equipes participantes

Os profissionais que participaram do estudo foram todos do sexo feminino, com idade entre 21 a 64 anos, sendo doze agentes comunitárias de saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras. Em nenhum grupo houve a participação do médico das equipes de saúde da família (ESF), por motivos pessoais e necessidade de atendimento à população, conforme justificativa. Não ocorreu a participação da equipe de saúde bucal vinculada a uma equipe de saúde da família participante, também por motivo de atendimento à comunidade. Quanto ao tempo de trabalho, tivemos participação de servidores que trabalham desde a implantação da ESF, há 10 anos, e de profissionais recentes na equipe, com tempo de trabalho de 6 meses na função.

#### EQUIPE 01

Localizada dentro da área de abrangência de uma UBS que apresenta grande número de encaminhamentos ao serviço de Emergência Psiquiátrica do HMM e parcela importante dos indivíduos cadastrados no CISAM para acompanhamento e retirada de medicamentos psiquiátricos. Essa UBS é a de maior abrangência populacional do município, com 7 equipes de ESF e atendimento de 29.814 habitantes. Dessas equipes, a 01 é a única que se apresenta completa, com número de ACS para cobertura de todas as microáreas (06), médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

A equipe está descentralizada da UBS, realizando atendimento numa casa de ESF. Essa situação coloca o atendimento pela equipe em uma situação peculiar, uma vez que são apenas os funcionários integrantes da equipe os responsáveis por todas as atividades realizadas na UBS, como procedimentos, atendimentos e consultas. Assim, além das atividades específicas das ESF, também estão em execução por essa equipe as atividades características de postos de saúde.

Atende uma população equivalente a 1520 famílias cadastradas no SIAB num total de, aproximadamente, 5.735 habitantes, em 7 bairros do município.

## EQUIPE 02

Situada numa UBS de porte médio, classifica-se como a segunda UBS em número de encaminhamentos ao setor de EP do HMM e indivíduos cadastrados no CISAM para acompanhamento e retirada de medicamentos. Juntamente com outras duas equipes é responsável pelo atendimento de 15.207 habitantes e é a única ESF da UBS considerada completa, com todas as classes profissionais e número de ACS para cobertura de toda a área de sua responsabilidade.

Conta, ainda, com uma equipe de saúde bucal, composta de odontólogo e atendente de consultório dentário. Concentra seus agentes comunitários de Saúde em uma casa próxima a UBS, por esta não ter espaço físico que comporte todos os integrantes das equipes da ESF, mas diferentemente do outro grupo focal formado em outra UBS, não realiza procedimentos nessa casa, apenas reuniões de grupos e atividades diárias da equipe.

Assim, a equipe 02 atende 7 bairros, num total de 4.249 pessoas, com 1.298 famílias cadastradas no SIAB em área de sua atuação.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados optou-se pela metodologia de grupo focal, pois permite que, além de atingirmos o objetivo do estudo, o grupo possibilita a reflexão sobre o tema abordado. Essa metodologia consiste em coletar dados a partir das falas de um grupo, abordando as experiências e percepções sobre um determinado tema de interesse do grupo (LEOPARDI, 2002). O pesquisador pode observar, também, o que é consensual ou divergente no grupo, tendo condições de captar diferentes visões sobre um tema específico e entender em profundidade o comportamento do grupo, além de possibilitar que os participantes revelem suas experiências, necessidades, sentimentos, preferências, percepções e atitudes (MORGAN, 1997).

Essa metodologia tem dentre suas riquezas o fato do ser humano formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, com tendência a ouvir antes a opinião dos outros para formar as suas próprias. Estas opiniões estão em

constantes mudanças, principalmente quando expostas à discussão em grupo. É isso que a metodologia do grupo focal tenta captar. Contrasta com dados obtidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, pois observa o momento onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente (MORGAN, 1997).

### **3.4.1 A realização dos grupos focais**

Com esses dois grupos foram realizados, ao todo, três sessões, sendo uma com a equipe 01 e duas com a equipe 02. Iniciamos com apresentação do estudo e da metodologia, apresentação dos membros do grupo, observadores e coordenador. Foi utilizado uma folha para coleta de dados de caracterização dos profissionais (APÊNDICE A) e um roteiro com questões norteadoras para conduzir a discussão nos grupos (APÊNDICE B).

As sessões foram realizadas em horário de trabalho, após a reunião semanal da equipe da ESF, dentro do próprio local de reunião, em local este que garantia a privacidade e tranquilidade para o desenvolvimento das sessões. É importante destacar que isso contribuiu para deixar as equipes “a vontade”, pois os participantes sentiam-se seguros por estarem em local de convivência, em seu espaço, diminuindo a ansiedade habitual de ser participante de um estudo.

Os dois grupos não tiveram a participação do profissional médico. Em um grupo, o médico não participa das reuniões semanais, como foi exposto pela equipe, pois exerce outras atividades no horário programado para a reunião, mesmo sendo ele integrante da equipe de saúde da família com horário de serviço de oito horas diárias. No outro grupo o médico não participou, pois precisou realizar consultas após a reunião de equipe em uma sessão, e na outra sessão não estava presente na UBS por problemas pessoais. O mesmo ocorreu com a equipe de saúde bucal, que manteve suas atividades normais, não disponibilizando um período para participar.

Destaco que no momento de agendar o grupo foi salientado a necessidade de participação de todos os integrantes da equipe, contudo essa informação não foi considerada ou dado a devida importância, uma vez que os profissionais, ou a

equipe, acharam dispensável a participação de algum membro. Houve até um profissional que encontrei deixando a UBS, fiz o convite pessoalmente, mas não obtive uma resposta afirmativa para participar do grupo, contudo colocou-se a disposição para participar do estudo em outro momento, individualmente, o que não foi realizado por não atender a metodologia de grupo proposta.

Nos dois grupos, agendei a pesquisa diretamente com a enfermeira responsável pela equipe, colocando-me a disposição em qualquer dia e horário de coleta de dados. No grupo 01, fiz o primeiro agendamento, mas a coleta não ocorreu, pois com um dia de antecedência fui informada que haveria atividades na UBS que impediria a realização da reunião semanal e, conseqüentemente, da coleta. Assim, foi reagendado para a próxima semana.

No dia da coleta, chegamos ao local por volta das 14h20min. A unidade de saúde da família estava fechada para realização da reunião, havia um cartaz informando a comunidade do período em que não estariam em atendimento. Fomos recepcionadas por uma ACS, que nos conduziu ao local da reunião, que estava sendo encerrada. Sugeri uma pausa para descanso da equipe, pois estavam em atividades havia mais de uma hora. Após essa pausa, retornaram ao local: uma varanda coberta no fundo da UBS. A estrutura do local deixa a desejar para o atendimento da população, por ser pequeno. Mas a UBS estava bem organizada e limpa.

Após apresentar o estudo e metodologia e solicitar o aceite por escrito em participar da pesquisa e permitir a gravação desta em áudio, iniciamos o grupo. A sessão teve duração de 1 hora e 35 minutos, com abordagem e esgotamento de assuntos relacionados com o tema.

No grupo 02 a coleta ocorreu 2 dias após o primeiro contato com a enfermeira da equipe, já que seria também dia de reunião da equipe. Chegamos ao local às 15 horas e solicitei a recepção que localizasse o local em que a equipe se encontrava reunida para que nos anunciasse. Logo a enfermeira veio nos receber, estavam em uma sala da casa destinada às atividades da equipe. Convidou-nos para entrar na sala onde estava ocorrendo a reunião. A casa é limpa e tranquila, cada equipe respeita o espaço da outra e se organizam no desenvolvimento das atividades com a população para que não sejam realizados grupos de diferentes equipes num mesmo dia e horário. Visualizamos uma escala na sala de entrada da casa com essas divisões de horários por equipe.

Por ser um local separado da UBS, só há presença de população quando são realizadas atividades de grupos pela ESF. Havia integrantes das demais equipes na casa, mas na sala estavam apenas os membros da equipe escolhida para formação do grupo focal, sendo este local arejado e silencioso.

No momento que chegamos a sala de reunião, o médico pediu licença e desculpou-se pela necessidade de se ausentar para atendimento das consultas médicas. Do mesmo modo que no grupo 1, sugeri uma pausa para descanso, já que tinham realizado uma reunião de pouco mais de 1 hora. Após o retorno dos membros da equipe à sala, pouco espaçosa, mas que comportava bem os profissionais para reuniões, procedi as explicações e atividades para legalizar a coleta dos dados, iniciando o grupo.

Nessa primeira sessão, tivemos duração de 45 minutos, e decidimos por encerrá-la devido ao cansaço dos profissionais e necessidade de desenvolver as atividades que tinham planejado para o dia, já que pelo pouco tempo entre o agendamento e a coleta não foi possível adiar os atendimentos. Agendamos também uma outra sessão para a semana seguinte.

No segundo encontro fui diretamente a casa onde as reuniões de equipe ocorrem, conforme combinado anteriormente. Havia poucos agentes comunitários de saúde das outras equipes no local, sendo 02 no momento que chegamos, pois uma equipe estava em atividades em outro local, distante da UBS, com todos os seus integrantes. Solicitei há uma ACS que me anunciasse e logo ela retornou para me levar a sala de reunião, por solicitação do grupo focal. O local era o mesmo da primeira sessão, igualmente limpo, organizado e arejado. Essa sessão teve duração de 30 minutos e após o fechamento de alguns assuntos, optamos por encerrá-la

Novamente o médico da equipe não participou, pois por motivos pessoais não tinha comparecido a reunião de equipe e não iria a UBS naquele dia. Em nenhuma sessão a equipe de saúde bucal se dispôs a participar, pois tinham usuários agendados para atendimento e não puderam desmarcar, conforme informação da equipe que participou da sessão. Notei também que essa equipe, mesmo estando vinculada a ESF, não participa ativamente das atividades de prevenção e promoção a saúde, concentrando suas atividades no atendimento curativo, dentro do consultório odontológico, e nas atividades de promoção e prevenção, características do atendimento odontológico, como buchechos, escovações e palestras de higiene bucal.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2006), pois essa técnica permite descobrir o que está além dos conteúdos manifestos. Consiste num conjunto de técnicas para analisar as comunicações e obter indicadores que possibilitem inferir conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção das mensagens, por meio de procedimentos objetivos e subjetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2006).

Essa autora apresenta a realização da análise de conteúdo em 3 etapas. A primeira é de organização, utilizando procedimentos de leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação. A segunda corresponde a codificação dos dados através das unidades de registro. A última etapa compreende a categorização, onde os elementos são classificados de acordo com semelhanças e diferenciações, sendo reagrupados por características comuns. Assim, a codificação e categorização são partes da análise de conteúdo.

Os resultados desse estudo estão apresentados em forma de dois artigos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por ser parte do projeto intitulado “A Saúde Mental na Atenção Básica: Perspectivas e Intervenção” financiado pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná em desenvolvimento na Universidade Estadual de Maringá através do NEEPAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – PR, com o parecer 110/2007 (ANEXO A), e está de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar da entrevista (APÊNDICE C). Além disso, foi solicitada autorização da secretaria de saúde do município de Maringá (ANEXO B) para que a pesquisa pudesse ser desenvolvida na UBS.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

### Resultados:

4.1 ARTIGO 01 - Ações ao portador de transtorno mental desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família em um município brasileiro.

4.2 ARTIGO 02 - Fatores interferentes nas ações ao portador de transtorno mental desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

## **Ações ao portador de transtorno mental desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família em um município brasileiro**

Actions to mental patients developed by Team Family Health in a Brazilian city

Jéssica dos Santos Pini<sup>1</sup>

Maria Angélica Pagliarini Waidman<sup>2</sup>

### **Resumo**

Este estudo objetiva conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Maringá-PR através de pesquisa qualitativa e utilização do grupo focal como método de coleta de dados, tendo como sujeitos da pesquisa os integrantes de duas equipes desse município. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin e seguido todos os preceitos éticos da resolução 196/96. Foram identificadas ações desenvolvidas durante o acompanhamento e na crise do portador de transtorno mental (PTM). No acompanhamento foram apontadas as visitas domiciliares, criação e fortalecimento do vínculo, busca pela reinserção social do PTM, medicalização, falta de ações integradas pelos membros da equipe, encaminhamento a serviços e profissionais especializados, orientação ao PTM e família e assistência aos familiares. Na crise foram referidas a avaliação do paciente, encaminhamento ao serviço de emergência psiquiátrica, empenho da equipe em solucionar os problemas deste momento e a busca pela internação psiquiátrica. Os resultados mostraram que as equipes estão se organizando para cuidar dos PTM e já desenvolvem ações sistematizadas. Contudo, ainda é necessário capacitações e profissionais de apoio para intensificar a assistência ao PTM na atenção básica e a percepção da equipe da sua importância na permanência do PTM na comunidade, principalmente no que se refere a ações de promoção e prevenção.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Atenção Primária a Saúde.

### **Abstract**

After the psychiatric and primary care, the mental patient is assisted by staff from the family health strategy. In this sense, we seek to understand the mental health activities conducted by these teams in Maringá-PR through qualitative research using focus groups as a method of data collection, with the subject of two research teams of the family health strategy. We used the technique of content analysis of Bardin and followed all ethical. Actions were identified and developed to monitor the outbreak of the mental patient. At follow-up were identified as home visits, the creation and strengthening of the bond, the quest for social rehabilitation of the mental patient, the medication, the lack of integrated team members, referral services and professional expertise, guidance to the mental patient and family and assistance to family members. The outbreak was mentioned assessment framework,

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação/ Mestrado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Rua São João, 08 ap.51. Zona 7. 87030200. Maringá-PR. [jessica\\_pini@hotmail.com](mailto:jessica_pini@hotmail.com)

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5.790. Jd. Universitário. CEP 87020-900. Maringá, PR. [angelicawaidman@hotmail.com](mailto:angelicawaidman@hotmail.com)

routing the emergency psychiatric team commitment to solving this moment and the search for psychiatric hospitalization. We noticed that teams are organizing to attend the mental patient and have already developed important actions. However, it is still necessary skills and support professionals to step up assistance to the mental patient in the primary care team and the perception of its importance in the permanence of the mental patient in the community, especially as regards the actions of promotion and prevention.

**Keywords:** Mental Health, Family Health Program, Primary Health Care.

## Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo em vários países após a Segunda Guerra Mundial, sendo responsável pelo retorno do indivíduo com transtorno mental à comunidade. No Brasil esta reforma foi intensificada na década de 1990, com políticas baseadas na Declaração de Caracas, resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990<sup>1</sup>.

Contudo, o marco legal da Reforma Psiquiátrica é a Lei 10.216 / 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência a saúde mental<sup>2</sup>. Várias normatizações do Ministério da Saúde, em 2002, contribuíram para a redução de leitos e hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos. Iniciou-se a construção de uma rede assistencial com a implantação de ações da saúde mental na atenção básica e de serviços substitutivos ao modelo tradicional, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais<sup>3</sup>.

Concomitante a reforma psiquiátrica, surgiu o Programa Saúde da Família em 1994, buscando reorganizar a atenção básica no Brasil e superar o modelo de atenção em saúde vigente<sup>4</sup>. Em 1997 o Ministério da Saúde<sup>5</sup> definiu-o como uma estratégia - Estratégia Saúde da Família (ESF) - tornando-o porta de entrada do SUS e excluindo a característica de atividade de assistência à saúde paralela a rede existente. A proposta do novo modelo assistencial é centrada na vigilância à saúde e qualidade de vida enfocando a família e comunidade, incluindo a proteção e promoção da saúde e o diagnóstico e tratamento de doenças<sup>6</sup>.

Observando as mudanças com a reforma psiquiátrica e na atenção básica, percebe-se que a equipe da ESF tem papel fundamental na construção de um novo

modelo de cuidado na saúde mental<sup>7</sup>, tornando-se uma estratégia importante para a reinserção do doente mental na sociedade. Como ainda não há uma rede de serviços extra-hospitalares que absorva a assistência aos portadores de transtornos mentais, cabe a equipe da ESF acompanhá-los. Desenvolve-se, então, uma assistência ao portador de transtorno mental junto a sua família, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e acompanhamento dele e de sua família nas ações básicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida<sup>8</sup>.

Sabemos que devido a desinstitucionalização há muitos portadores de transtorno mental (PTM) vivendo na comunidade, freqüentando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dependendo da assistência das equipes de saúde da família. É importante destacar que o PTM que não recebe um cuidado extra-hospitalar está sujeito a maiores dificuldades na reinserção social por falta de acompanhamento. Assim, as equipes de saúde da família devem estar preparadas para atuar na área de saúde mental, desenvolvendo ações de saúde mental ao PTM/família/comunidade.

Devemos salientar que as ações de saúde mental eram desenvolvidas por profissionais especializados, passando a ser responsabilidade da ESF há poucos anos. Isso contribui para que ainda haja possíveis falhas na atenção a saúde mental na comunidade, uma vez que essas equipes ainda estão se estruturando para atender esse universo desconhecido.

Considerando que os PTM já estão na comunidade sob cuidados das equipes da ESF, esse estudo objetiva conhecer as ações de saúde mental que estão sendo desenvolvidas por elas na atenção a saúde do PTM/família.

## **Metodologia**

Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória-descritiva de análise qualitativa, utilizando o grupo focal como método de coleta de dados, o qual permite a reflexão dos sujeitos do grupo sobre um determinado tema. Essa metodologia consiste em coletar dados a partir das falas de um grupo, abordando as experiências e percepções sobre o tema proposto<sup>9</sup>.

Para a formação dos grupos focais utilizamos uma listagem fornecida pela coordenação de atenção a saúde mental do município de Maringá – PR, com o cruzamento de dados (número de encaminhamentos) de 2005 considerando as UBS que mais encaminharam indivíduos ao setor de emergência psiquiátrica do Hospital

Municipal de Maringá (EP-HMM), local de atendimento dos PTM em crise, e as que tinham na população de sua abrangência mais indivíduos cadastrados no Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), local de dispensação de medicamentos e acompanhamento especializado (psiquiatras e psicólogos) para os transtornos mentais.

A utilização desta listagem permitiu-nos escolher as UBS com maior número de PTM que utilizam os serviços citados, o que nos leva a inferir que as equipes da ESF desenvolvem em suas atividades cotidianas ações aos PTM e suas famílias, já que estes estão sob seus cuidados na comunidade.

Selecionamos as duas primeiras UBS desta listagem e optamos por entrevistar a equipe completa da ESF por acreditar que a presença de todos os profissionais levaria a expressão de todas as ações desenvolvidas, com maior reflexão do grupo. Dessa forma constitui-se dois grupos focais, um em cada UBS. Consideramos completa a equipe que dispunha de todas as categorias profissionais (agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro e médico) e em número suficiente para atendimento de toda a área de sua abrangência.

Ao todo foram realizadas três sessões de grupo focal, sendo uma com a equipe 01 e duas com a equipe 02. Com as duas equipes as sessões foram realizadas em horário de trabalho, após a reunião semanal da equipe da ESF, dentro da própria UBS (sala de reunião da equipe), garantindo a privacidade e tranquilidade para o desenvolvimento das sessões. Isso contribuiu para que os participantes pudessem sentir-se seguros por estarem em seu ambiente, local de reunião e trabalho diário, diminuindo a ansiedade habitual de ser participante de um estudo.

Iniciamos o grupo explicando o estudo, a metodologia e apresentando o observador e o coordenador. Foi distribuído uma folha de auto-preenchimento visando obter informações para caracterização dos participantes. Após expor os objetivos da pesquisa e como funcionaria o grupo focal, houve a apresentação dos participantes, iniciando a exploração do foco de estudo. A partir deste momento não foi permitida a entrada de outros participantes no grupo focal, o qual foi conduzido com base em um roteiro de tópicos objetivando responder as questões de investigação deste estudo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo<sup>(10)</sup>.

Por ser parte do projeto “A Saúde Mental na Atenção Básica: Perspectivas e Intervenção” realizado no município de Maringá, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o parecer 110/2007. Foi obtido também a liberação do Centro de Capacitação de Profissionais de Saúde (CECAPS), órgão responsável pela liberação de estudos nos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e aceitaram a gravação do grupo focal, acordando com todos os preceitos éticos necessários.

## **Resultados**

### **Saúde mental na atenção básica: acompanhando o PTM e sua família na comunidade.**

Nas sessões dos grupos focais, as primeiras ações de saúde mental citadas foram as referentes ao atendimento do PTM no momento da crise, principalmente o encaminhamento a EP-HMM. Após algum tempo de discussão os grupos perceberam que realizam outras ações importantes no acompanhamento ao PTM.

A visita domiciliar (VD) é a ação mais desenvolvida na atenção a saúde mental, pois faz parte do cotidiano da equipe. É na VD que o vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade é fortalecido, já que proporciona o cuidado integral através do conhecimento de condições sócio-econômicas e das relações familiares<sup>11</sup>. Percebemos que as equipes consideram importante a realização das VD para conhecer a realidade de cada indivíduo e, assim, oferecer um cuidado de acordo com as reais necessidades e possibilidades:

*“Se você não conhece a realidade de cada um, não consegue entender o que ocorre na verdade. É como dizer que você não pode comer isso ou aquilo por causa de uma doença, mas não conhece a tua realidade de poder ter essa comida. A VD faz a gente conhecer essa realidade.” (Equipe 01).*

Depreende-se que a VD permite observar situações não informadas pelo indivíduo nos atendimentos em serviços de saúde, como as dificuldades socio-econômicas e de relacionamento. Essa inserção dos profissionais na vida familiar daqueles que acompanham e o conhecimento da realidade deles, permite aos profissionais tomar decisões mais acertadas nas situações que os colocam em dúvidas sobre o melhor modo de agir.

Na saúde mental, a VD também aproxima os profissionais da família e da comunidade, possibilitando compreenderem o sofrimento psíquico e suas repercussões sociais, permitindo a troca de conhecimentos para desenvolver condutas adequadas no tratamento do PTM<sup>12</sup>.

A criação de vínculo foi discutida nos grupos, considerada uma forma de assistência em saúde mental mesmo não sendo uma ação física. Foi destacado por várias vezes que na relação profissional-PTM a confiança resultante do vínculo é fundamental para o cliente/família sentir-se amparado e permitir que outras ações sejam desenvolvidas no seu acompanhamento:

*“Para cuidar em saúde mental é necessário conhecer o paciente, ter vínculo... o PTM tem bastante confiança de chegar aqui, já procura alguém em específico. ‘Olha eu quero conversar com a enfermeira...’. Muitas vezes tem uma confiança grande na ACS, de modo que quando vai fazer uma loucura, liga, pede socorro.” (Equipe 01)*

Vemos que a família e o PTM reconhecem a criação do vínculo quando há a responsabilização dos profissionais de saúde e, então, se comprometem em responder de forma adequada as orientações na busca de resultados. Com o vínculo, o PTM identifica e elege alguém de referência para ajudá-lo no momento que precisa. Isso é evidenciado quando uma equipe cita o fato do PTM procurar o profissional de saúde para demonstrar sua angústia e o pedido de socorro no momento da crise.

O vínculo acontece quando um indivíduo se dispõe para o outro, para a relação e para o inusitado, sendo parte do cuidado. Requer envolvimento, corresponsabilização e solidariedade com o outro, atentando inclusive para o sofrimento deste<sup>13</sup>.

Acreditamos que é através do vínculo que o PTM se sente integrado à comunidade e à equipe de saúde local, percebendo-se como objeto de cuidado e respeito e reconhecendo no profissional de saúde uma ajuda responsável. Assim, a postura do profissional ao assistir um PTM deve ser baseada em valores que estabeleça ou fortaleça o vínculo, como citado:

*“Quando atendo um paciente, prezo pelo respeito e consideração com ele. Não importa qual o problema dele, sempre tento estabelecer um vínculo, e não deixo nada atrapalhar a consulta de enfermagem. Tento resolver as coisas com humanismo.” (Equipe 02).*

Independente do motivo da procura pelo serviço de saúde, o indivíduo que se sente acolhido e vê seu problema solucionado, com respeito e atenção do profissional de saúde, encontra alguém que pode procurar quando os problemas surgirem.

O usuário sente-se importante quando o profissional ouve/escuta suas queixas, estabelecendo confiança no profissional e formando vínculo. A qualidade no atendimento gera o sentimento de que os direitos e deveres de cidadão são garantidos e respeitados<sup>14</sup>.

Assim também é com o PTM, intensificado pelo sentimento de confiança gerado ao encontrar um profissional que não demonstrou discriminação e indiferença que é comum ao PTM. Essa herança de marginalização, também nos serviços de saúde, faz com que o PTM seja arredo e, ao mesmo tempo, possibilite a criação de um vínculo sólido ao sentir-se percebido e aceito como pessoa.

Ao refletirem sobre a inclusão e reinserção do PTM na comunidade, os grupos identificaram que o atendimento proporcionado ao PTM não é diferente dos demais, isto acontece para que ele sintam-se integrado a sociedade, sem discriminação ou privilégios:

*“A visita não é diferenciada... é o mesmo tipo de atendimento. Ele também vem no acolhimento normal, vem de manhã pra consulta como qualquer pessoa. Só muda nos casos que a gente tem de encaminhar mesmo (nos momentos da crise).”*  
(Equipe 01).

Percebemos pelo que foi exposto no grupo que os profissionais consideram a assistência não diferenciada ao PTM uma atitude justa, pois o PTM assistido na UBS é como os demais indivíduos alvo de suas ações, que precisam de cuidados, mas que têm obrigações na busca pelo controle da doença. Fica evidente que na crise, assim como nas emergências das outras patologias, essa diferenciação e priorização nas ações aos PTM existem, devido a manifestação de comportamento mais agressivo e a necessidade de intervenção imediata.

O fato do profissional entender o PTM como um indivíduo que vive em comunidade, com relações sócio-afetivas, compondo uma família e tendo repercussões em sua vida devido a um transtorno mental faz com que esta patologia seja reduzida a um dado da história de vida e não mais uma denominação ou um rótulo. Essa mudança no modo de ver o PTM é necessária para desenvolver a reabilitação psicossocial destes indivíduos<sup>15</sup>.

Outra ação de reinserção do PTM identificada nas discussões dos grupos é possibilitar o convívio do PTM com os demais indivíduos. A equipe busca essa integração na comunidade através das atividades de grupo que visam também promover a saúde física e/ou mental. É o caso dos grupos de artesanatos, considerado terapia ocupacional para os que já apresentam algum tipo de transtorno mental e que também previne transtornos mentais na população sadia através da distração, entretenimento, etc. Nessas atividades destacamos duas ações da ESF na atenção ao PTM: a promoção da saúde propriamente dita e inclusão do PTM na sociedade.

*“Olha, a gente tem trabalhos bons pra quem tem depressão ou outros problemas mentais. É a terapia ocupacional, com o artesanato, que desenvolve trabalhos manuais, como crochê, tricô, bordado. Hoje tem muita gente que nem tem problema mental, mas que participa. Umas ensinam, outras aprendem, outras conversam, outras não fazem nada, mas vão lá pra passar o tempo. Também conhecem outras pessoas e se sentem solidárias, porque o que produzem é doado pra instituições.” (Equipe 02).*

A promoção a saúde mental dos PTM evidencia que a equipe da ESF mudou seu modo de agir, enfocando na assistência baseada na prevenção, e possibilitou aos PTM ações para ocupar-se e passar o tempo de modo saudável. Já a participação dos PTM nos grupos com indivíduos mentalmente saudáveis promove a troca de experiências entre eles, o que enriquece a produção de saúde deste grupo e permite inserir os PTM no convívio com a comunidade, buscando quebrar preconceitos dos demais indivíduos em relação a eles.

As atividades realizadas em grupo proporcionam a inter-relação entre os participantes, tornando a sociedade partícipe da reabilitação psicossocial do PTM e naturalizando a inclusão social deste. Assim, a sociedade muda sua concepção em relação ao PTM de incapaz para capaz, de louco para doente, de inútil para cidadão<sup>16</sup>.

Foi também referido pelos grupos que está bem definido o papel de cada profissional no acompanhamento do PTM, como expressam as falas seguintes:

*“O ACS conhece a família, oferece a VD pra consulta e o acompanhamento na UBS. O que o enfermeiro faz é passar o caso do PTM para os médicos, ou encaminham pro psicólogo. É basicamente isso.” (Equipe 02).*

*“É necessário muito jogo de cintura pra levar o médico numa visita ao PTM... acha que não precisa, só é necessário fazer a receita. Nem conversa com o paciente, que já passou pelo psiquiatra. Ele já conhece o paciente, e repete a receita. Ta com a receitinha, ótimo, ta cuidado. E olha que tem pacientes que demoram pra voltar no psiquiatra, fica repetindo aquela receita tantos anos...” (Equipe 01).*

Vemos que há uma diferenciação de atitudes entre os membros da ESF, entendido pelo grupo como uma estruturação para atender as necessidades dos PTM, já que cada um realiza uma “parte” do cuidado. Contudo é evidente que a equipe não percebe seu papel/ação/cuidado junto ao portador e sua família, apresentando dificuldade para realizar um trabalho em equipe, com ações complementares. Assim, as atividades realizadas, mesmo que sejam várias partindo de cada profissional, são desconectadas e sem o impacto que seria alcançado caso se complementassem. A falta de uma sistematização da assistência em saúde mental também é evidente e interfere de modo significativo na ação dos profissionais, gerando uma assistência fragmentada e sem continuidade. Cada profissional pensa sua ação isoladamente, mas não consegue observar o contexto em que ela está inserida e o que será necessário para ser eficiente. Observa-se uma concepção errônea da assistência em saúde mental, considerando apenas as ações a serem realizadas e não o entrelaçamento dessas para abranger um cuidado integral ao PTM.

Fica explícito que a enfermagem da ESF não reconhece seu valor no cuidado ao PTM, pois incorpora uma postura mediadora, identificando a necessidade dos PTM e encaminhando-os para outros profissionais. Assim, não realiza algumas ações que contribuiriam para a estabilização da doença, como o relacionamento terapêutico e a VD sistematizada de acompanhamento.

Essas ações permitiriam ao profissional reconhecer os limites do PTM e assegurar um tratamento possível de ser realizado. O enfermeiro que desenvolve essas modalidades terapêuticas tem a possibilidade de conhecer a realidade do PTM e de trabalhar junto a ele e aos espaços do seu cotidiano, como a família, comunidade e trabalho, que permaneceram muito tempo afastados da assistência ao PTM<sup>17</sup>.

Repensando a postura do profissional médico citada, percebe-se que estes buscam produzir de acordo com a visão curativa da atenção a saúde, com ação

centrada na medicalização e consultas individuais. A medicação trata e previne a fase aguda da doença, e é parte do processo de tratamento. Ao reduzir os sintomas, a medicação possibilita a introdução de outras formas de tratamento e organiza o mundo interno do paciente, o que facilita sua reintegração na realidade externa<sup>18</sup>.

A afirmação do grupo resume a discussão, a qual considera a importância da ação de medicar. Contudo, o modo como isso é feito, deixa o PTM sem a assistência médica necessária, já que a equipe afirma não ser realizada avaliação do estado clínico e mental do PTM no atendimento médico, sendo apenas repetida a receita dos medicamentos. No entanto para o tratamento do PTM descartou-se somente a terapia medicamentosa, já que no paradigma da desinstitucionalização não se concebe a doença como unicausal, sendo importante a atuação de uma equipe multiprofissional e utilização de várias terapias.

Além das terapias convencionais, há atividades como a ioga, a música, a atividade motora e o acompanhamento terapêutico, que podem ser utilizadas na assistência em saúde mental, separadamente ou em combinação. São atividades com características estruturais mais livres, mas que acordam com os objetivos da assistência em saúde mental, buscando preencher os espaços deixados pela terapêutica tradicional, que comumente não ocorrem diariamente e tem seus horários pré-determinados. Devem proporcionar conforto e momentos de alegria e descontração, sendo agradáveis aos PTM, beneficiando-os ainda com aumento da auto-estima e memória, reinserção social e redução da ansiedade e da irritabilidade. É necessário que estejam inseridas em um plano terapêutico global em saúde mental, juntamente com as demais ações terapêuticas, podendo ser desenvolvidas pelos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar na assistência psiquiátrica<sup>17</sup>.

Das discussões das equipes, devemos destacar, ainda, que por estar mais próximo da comunidade, é esperado do médico da ESF uma avaliação regular das pessoas que atende, inclusive do PTM. Com essa avaliação seria possível identificar alterações de comportamento ou efeito de medicamento indesejável ou insuficiente para a estabilidade da doença, devendo este intervir antes do PTM entrar em crise. No entanto, sem essa ação, o PTM fica a mercê de sua sorte aguardando a reavaliação do especialista para identificação destes problemas, levando a crises, sendo encaminhado a atendimento emergencial.

Ficou evidente nas discussões que os profissionais da ESF acreditam que os serviços especializados são os mais indicados para acompanhar os PTM, pois se percebem como os profissionais “errados” para cuidar deles. Assim, outra ação freqüente da ESF é encaminhar os PTM aos serviços e profissionais especializados.

*“Tem vezes que a gente realmente não sabe como lidar com o PTM, apesar de ter todo esse vínculo, conhecer o paciente, saber os medicamentos que ele utiliza, saber qual medicamento não é dado... Daí a gente tem que encaminhar pra quem sabe. Encaminhar pro psiquiatra, pro CISAM, pro CAPS” (Equipe 01).*

Percebemos pelas falas que os profissionais da ESF julgam-se incapazes de assumir um cuidado antes de o cliente passar pelo especialista, acreditam não estarem devidamente capacitados. Por outro lado, é mais fácil afirmar que o PTM necessita de profissionais especializados do que assumir que seu conhecimento é limitado e precisa de aperfeiçoamento. É necessário que as equipes entendam que, com as políticas adotadas, os PTM dificilmente serão referenciados apenas para especialistas. Deste modo, a equipe precisa buscar mais informações e conhecimento, como faz com as outras patologias que precisa cuidar.

É importante que as práticas de cuidado ao PTM na comunidade sejam reconstruídas e fundamentadas no princípio da desinstitucionalização, evitando assim a reprodução das técnicas do modelo hospitalocêntrico<sup>13</sup>.

Somado a isso, os grupos refletiram sobre a necessidade de orientar, entendida como ação importante dentre as desenvolvidas pela equipe de ESF na atenção a saúde mental, como citado a seguir:

*“Temos uma falha aqui (na orientação como ação de saúde mental)... a gente orienta um pouco, mas falta muito pra conseguirmos fazer isso. Até mesmo porque a gente também não sabe como fazer, não conhece muito.” (Equipe 02).*

A necessidade de conhecimento é claramente percebida na fala anterior. Verifica-se que a ação de orientar esbarra no fato de não conhecer sobre o assunto, e, deste modo, não poder informar sobre aquilo que desconhece. Assim, o déficit de conhecimento do profissional produz um déficit de conhecimento na comunidade e dificulta a assistência ao PTM e sua família, pois resulta em identificação de necessidades não muito precisas.

Houve uma discussão nos grupos sobre a atuação junto as famílias de PTM. Os profissionais não percebem as ações dirigidas a essas famílias como ação de saúde mental na ESF, por não estarem habilitados para lidar com essa área e

impregnados com a “doença mental”. Contudo, começam a despertar para a necessidade de cuidado da família, como pode ser notado quando relatam atividades do dia-a-dia.

*“Quando tem problema na família, eu procuro conversar. Acho isso muito importante pra ajudar a família, principalmente quando tem um doente mental que dá muito trabalho e deixa a família desestabilizada.” (Equipe 01).*

*“Eu faço tudo o que posso, dou o melhor de mim. É assim que eu faço com todos os pacientes, mas com esse tipo de doença eu tenho mais atenção, porque entendo como é difícil estar nessa situação. Difícil pro paciente e pra família também. Eu penso na saúde da família como um todo” (Equipe 02).*

Nessas citações é evidente a visão de que o cuidado com a unidade familiar é necessário para a saúde familiar e do PTM. Ver a família como foco de cuidado e não mais apenas como coadjuvante no cuidado ao indivíduo doente traz grande contribuição, pois impedirá que essa família adoça, dando ao PTM mais condições de manter-se sem crises. O fato dos profissionais da ESF identificarem essa necessidade contribui de maneira importante para todas as ações, e essa estratégia é uma aliada para que isso aconteça.

Em qualquer família, os problemas cotidianos estão presentes. Contudo, quando há um PTM essa situação é agravada, pois atividades simples como receber visitas e fazer compras pode tornar-se um problema para essas famílias<sup>12</sup>.

Assim, a família do PTM necessita normalizar a sua rotina e ser hábil em solucionar problemas advindos do comportamento deste, sendo importante o apoio dos profissionais de saúde, que devem reconhecer a necessidade de cuidado da família e intervir neste sentido<sup>19</sup>.

### **Ações de saúde mental na atenção básica: intervenções em situações de crise**

Apesar do propósito da equipe da ESF não ser agir nas crises, quando há uma situação de emergência na descompensação de qualquer patologia ela é solicitada, provavelmente pela proximidade com a população, facilidade de acesso e vínculo existente. Assim, a equipe da ESF realiza o primeiro atendimento ao indivíduo em situação de emergência, com intervenções e encaminhamentos necessários.

Comumente o PTM em crise apresenta alterações de comportamento e têm atitudes consideradas anormais pela sociedade. Esse momento caracteriza o PTM

como o “louco” existente no imaginário popular, pois sem a crise este indivíduo não difere dos demais atendidos pelo serviço. Ao começarmos a reflexão nos grupos focais sobre as ações ao PTM na ESF, primeiramente foram lembradas as destinadas ao PTM em crise, ou seja, aos “loucos”, que são o atendimento para avaliação da ação necessária e o encaminhamento ao setor de emergência psiquiátrica.

*“O acompanhamento se dá nas emergências, quando o PTM vem no acolhimento ou então a família pede socorro, e a gente encaminha pro médico. Se não vem aqui e a pessoa tá em crise, aí a gente faz a visita, o médico tenta convencer a família a levar pra emergência e tal... Se o médico não estiver eu encaminho, ou se eu não estiver aqui, a técnica de enfermagem faz isso. A gente encaminha pro hospital municipal (setor de emergência psiquiátrica), com encaminhamento normal (escrito) e falando com alguém da emergência psiquiátrica antes.”(Equipe 01).*

*“Nos casos que o PTM tá louco, a gente faz visita de emergência. Quando o carro pra VD não tá aqui, a gente vai de ‘apé` mesmo. E o profissional que estiver disponível vai com a ACS” (Equipe 02).*

Percebe-se nessas afirmações o empenho da equipe em solucionar o momento da crise. Dependendo da característica dos sintomas apresentados, a ESF age de maneira a suprir as necessidades, atendendo o PTM na UBS quando este tem condições e aceita ir a este local, ou fora desta, quando preciso.

A falha do tratamento ambulatorial e/ou a dificuldade da família em conter o paciente são motivos para buscar um atendimento especializado que podem ocasionar uma internação curta ou prolongada. Assim, é necessário sempre buscar uma alternativa anterior, sendo ideal nunca precisar internar um PTM<sup>20</sup>.

Pela discussão dos grupos, observou-se que no momento da crise psiquiátrica a equipe trabalha para solucionar o problema, através do encaminhamento ao EP-HMM. Na afirmação abaixo é evidente que, após encaminhar, o profissional tem a sensação de dever cumprido, já que o “problema” não é mais seu ou da UBS:

*“A gente encaminha pra emergência psiquiátrica. Encaminha e aí acaba o meu papel. Não conheço o que acontece lá, como é o tratamento, quem é o médico, pra onde os pacientes vão, como eles podem sair dali, se depois são*

*acompanhados... não sei de nada, ninguém nunca falou disso pra gente.” (Equipe 02).*

Observamos a falta de conhecimento dos profissionais que encaminham os PTM sobre as particularidades dos serviços de emergência e internações psiquiátricas, como horário de funcionamento, normatização para internamento e ações realizadas naqueles serviços. Os grupos apontaram duas possíveis razões para isso: falta de integração entre serviços e pouca busca de conhecimentos pelos profissionais.

Ocorre que as ações desenvolvidas nos demais serviços de saúde mental influenciarão no tratamento após alta do PTM, momento em que a UBS e equipe voltam a ser solicitadas. É necessário que os profissionais da ESF tenham consciência disso e procurem conhecer os serviços que integram a rede de assistência ao PTM, já que poderá contribuir para sua assistência posterior.

Identificamos também que alguns profissionais realizam o encaminhamento com o intuito de manter o PTM internado, já que há uma visão hospitalocêntrica em alguns integrantes da ESF:

*“Eu acho que eles, pra dá menos trabalho, tem que ficar internado. Mas não ficam, vem pra casa... em casa ficam mal, agriem, ficam nervosos, não ouvem ninguém. Então o melhor é internar. É complicado isso que o governo quer, a desinstitucionalização. É deixar a responsabilidade pra família e pra gente. Nem eles e nem nós sabemos cuidar. Por isso se eu puder encaminhar pra que fique no hospital psiquiátrico, eu encaminho.” (Equipe 02).*

Percebemos que a internação em hospital psiquiátrico, principal modo de tratar o doente mental no período anterior a política antimanicomial, é ainda identificada por alguns profissionais como a melhor ação a estes indivíduos.

Atualmente a internação psiquiátrica deve ter como objetivo resguardar os PTM com alteração de psiquismo em seu juízo crítico, incapaz de conter impulsos e de controlar condutas, expondo-o a riscos de auto e/ou heteroagressão. Assim, o que indica a internação é a alteração psíquica e não a patologia apresentada, quando os demais recursos extra-hospitalares esgotam-se<sup>20</sup>.

A preferência de alguns profissionais pela internação psiquiátrica evidencia o desconhecimento sobre as políticas de saúde mental adotadas e como esse tipo de tratamento está sendo distanciado da realidade do PTM. Também entendemos que a capacitação insuficiente da equipe para cuidar dos PTM leva os profissionais a

preferirem que esses indivíduos fiquem segregados, não necessitando dos seus cuidados, já que temem não saber cuidar.

O grupo refletiu que o desconhecimento ou a negligência nas ações de saúde mental para manter a estabilidade do quadro do PTM, acaba por gerar alterações de comportamento freqüente e crises. Assim, se isso continuar ocorrendo, as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF serão apenas de encaminhamento, o que fica muito aquém do que é indicado como cuidado pela ESF.

### **Considerações Finais**

Percebemos neste estudo que as equipes da ESF estão se organizando para o atendimento ao PTM, buscando o desenvolvimento de ações de acompanhamento e intervenção e promoção a saúde mental. É importante destacar que muitas das ações desenvolvidas pelos profissionais fazem parte do seu cotidiano a todos os indivíduos de sua área de abrangência. Assim, desenvolver essas ações aos PTM não se torna algo de difícil execução, apesar de ser perceptível que nos momentos de crise ainda há muito receio das equipes em lidar com ele.

Salientamos ainda que as ações de intervenção, durante as crises, são as primeiras a serem identificadas como ação ao PTM, pois as demais ações de acompanhamento são comuns a todos os seus usuários, e não são facilmente identificadas como ação em saúde mental. Contudo, a partir da discussão do grupo focal, as equipes passaram a enxergar de outro modo essas ações e os profissionais se surpreenderam em saber que realizam muito mais no cuidado ao PTM do que pensavam.

Percebemos que a equipe da ESF estão se preparando para assistir os PTM, e já desenvolve ações importantes para mantê-los na comunidade. É evidente que a maior dificuldade nessas ações está no déficit de conhecimento dos profissionais, que por várias vezes deixaram transparecer o desejo de capacitações permanentes e profissionais de apoio.

É perceptível também que alguns profissionais aceitam com maior facilidade a desinstitucionalização do PTM, e trabalham para possibilitá-la enquanto outros ainda tem uma visão hospitalocêntrica e de necessidade de formação especializada. Também há profissionais que ainda não assumiram a atitude esperada na ESF que

é trabalhar a promoção em vez de atuar apenas de acordo com a visão curativa. Necessita-se que os profissionais que tenham uma visão diferenciada das ações de assistência necessárias ao PTM, trabalhem para conscientizar os demais de que ações de promoção a saúde e prevenção das crises são importantes para o PTM e para a população. Também é preciso que a equipe da ESF se perceba como cuidadora dos PTM e tenha consciência de sua importância na permanência destes na comunidade.

Acreditamos que com a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), proposta para um futuro próximo, a assistência aos PTM na ESF seja solidificada, com intensificação do cuidado a esses indivíduos, sua família e comunidade. Os profissionais de diferentes formações que irão compor os NASF estarão disponíveis para ajudar a equipe da ESF a repensar a assistência e desenvolver novas ações. Na saúde mental, isso contribuiria para que a assistência ao PTM seja intensificada nos serviços da atenção básica, abandonando totalmente o passado de manicômios e internações desnecessárias que assombram nosso país e os PTM.

### **Colaboradores**

JS Pini realizou a pesquisa, sob orientação de MAP Waidman. As autoras trabalharam na concepção e na redação final do artigo.

### **Referências**

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2001.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas - OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 4 - Viana ALDA, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis**. 1998; 8(2):225-264.

5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

6 - Cavalheri SC. Mesa Redonda: Importância da Família na saúde Mental – Acolhimento e Orientação à Família [texto da internet]. 2005 [acessado 2008 ago 25]. Disponível em <<http://www.sppc.med.br>>

7 - Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2007; 41(4):567-572.

8 - Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM . A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**. 2007; 60(4):391-395.

9 - Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

10 - Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.

11- Coimbra VCC. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família** [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.

12 - Labate RC, Galera SAF, Avanci RC. Visita Domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm**. 2004 set/out; 57(5):627-628

13 - Souza AC. **Em tempos de PSF... novos rumos para a saúde mental** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.

14 - Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2009; 43(2):358-364.

15 - Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **R Enferm UERJ**. 2006; 14(3):366-371.

16 - Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):159-64.

17 - Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. 2005; 13(5):737-742.

18 - Salles MM, Barros S. Reiteração em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2007; 41(1):73-81.

19 - Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciê. Cuid. Saúde.** 2006; 5(supl): 107-112.

20 - Pacheco MA, Cataldo Neto A, Menezes F, Krieger CA, Bersano L, Gil A. Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.** 2003; 25'(supl 1):106-114.

## **Fatores que interferem nas ações ao portador de transtorno mental desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família**

Factors that interfere in the actions of individuals with mental disorders developed by the staff of the Family Health.

Jéssica dos Santos Pini<sup>1</sup>

Maria Angélica Pagliarini Waidman<sup>2</sup>

### **Resumo**

Este trabalho busca conhecer os fatores que interferem na assistência ao portador de transtorno mental (PTM) através de pesquisa qualitativa realizada no município de Maringá – PR, com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Utilizamos a metodologia do grupo focal para coletar dados e técnica de análise de conteúdo para analisá-los, seguindo todos os preceitos éticos em pesquisa. Foram citados pelos participantes questões pessoais, profissionais e de estruturação do serviço, como os sentimentos negativos, o despreparo profissional e a priorização das atividades curativas. Dentre os fatores provenientes da rede de saúde mental estão a existência de critérios para atendimento/acompanhamento, ou a falta deles, a referência e contra-referência deficiente e a atividade matricial de equipe especializada. Com relação das ações foram apontados o vínculo, a falta de responsabilização, participação e conhecimento da família, a recusa da atuação da ESF e a baixa adesão do PTM a terapêutica indicada. Percebemos que há poucos fatores que facilitam as ações em saúde mental enquanto muitos dificultam, contudo a identificação desses fatores permite às equipes buscarem meios de atuar para fortalecer a assistência em saúde mental na atenção básica, principalmente pela ESF.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Atenção Primária a Saúde, Serviços Comunitários de Saúde Mental.

### **Abstract**

This paper explores the factors involved in assisting the mentally ill through qualitative research conducted in Maringá - PR, with teams from the Family Health Strategy. We used focus group methodology to collect data and technical content analysis to analyze them, following all the ethical principles in research. Were cited by participants personal issues, professional and structuring of the service, such as negative feelings, the lack of professional and prioritization of remedial activities. Among the factors from the mental health system are the existence of criteria for treatment / monitoring, or lack thereof, reference and counter reference defective matrix and the activity of a specialized team. In concrete actions have been

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação / Mestrado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Rua São João, 08 ap.51. Zona 7. 87030200. Maringá-PR. jessica\_pini@hotmail.com. Realizou a pesquisa e trabalhou na concepção e na redação final do artigo.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5.790. Jd. Universitário CEP 87020-900. Maringá, PR. angelicawaidman@hotmail.com. Orientou a pesquisa e participou na concepção e na redação final do artigo.

appointed the bond, the lack of accountability, participation and knowledge of the family, the refusal of the performance of Family Health Strategy and low compliance of mental patient antimicrobial therapy. We realize that there are few factors that facilitate the actions in mental health as many difficult, yet the identification of these factors allows teams to seek ways to act to strengthen the mental health care in primary care, especially the Family Health Strategy.

**Keywords:** Mental Health, Family Health Program, Primary Health Care, Community Mental Health Services.

## **Introdução**

O processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado em muitos países após a Segunda Guerra Mundial e intensificado no Brasil na década de 1990, é responsável pelo retorno do portador de transtorno mental (PTM) a comunidade<sup>1</sup>. Sua consolidação se deu com a Lei 10.216/2001 que garantiu aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade e integralidade de acesso e o direito à assistência, descentralizando o modelo de atendimento. Iniciou-se uma estruturação da rede assistencial, aproximando serviços dos usuários e implantando ações baseadas nas necessidades da população<sup>2</sup>.

Devido à redução de leitos/hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos, foram implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e ações da saúde mental na atenção básica, construindo uma rede assistencial na própria comunidade<sup>3</sup>. Todo esse processo de reforma psiquiátrica levou a desospitalização dos PTM e retorno destes, antes segregados, à família e sociedade, onde devem ser reinseridos e assistidos pelos profissionais de saúde.

Assim como ocorreram mudanças na atenção em saúde mental, a atenção básica também foi reorganizada em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família. Em 1997 o Ministério da Saúde, definindo-o como Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>, apresentada como ferramenta da mudança das concepções de atuação profissional, abandonando a medicina curativa em prol da integralidade da assistência. Torna-se necessário reorganizar o processo de trabalho, com equipes interdisciplinares, e transferir o foco de atenção para a família. Isso é possível devido aos profissionais e serviços estarem mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, garantindo uma assistência que supra a necessidade real da

população e não seja centrada em procedimentos isolados, na doença e no hospital<sup>5</sup>.

Neste sentido, cabe a ESF assistir integralmente os indivíduos e famílias, desenvolvendo também ações para as necessidades de ordem mental. Nesta área, a ESF deve focar a prevenção e promoção da saúde mental e acompanhar os PTM e suas famílias nas ações básicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de todos<sup>6</sup>.

Considerando a presença PTM na família e comunidade, juntamente com a expansão da ESF no país e os números reduzidos de serviços extra-hospitalares especializados, percebemos que é cotidiano para a ESF lidar com e oferecer assistência a pessoas em sofrimento psíquico e sua família, sendo este serviço de maior contato com esses indivíduos.

Sabemos que as equipes da ESF estão se organizando para assistir aos PTM e suas famílias e que, como em outras áreas, encontram facilidades e dificuldades. Enquanto as facilidades impulsionam o desenvolvimento das ações, as dificuldades podem ser apontadas como motivo para não implementá-las ou para justificar falhas na assistência. É importante que os profissionais identifiquem os fatores que interferem nessas ações, revendo sua prática e buscando resolver/atenuar as dificuldades e consolidar as facilidades.

Deste modo, ao discutirmos as ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes da ESF, vemos que os profissionais lidam constantemente com interferências, informando claramente como prejudicam ou facilitam suas ações, em diferentes intensidades. Assim, este trabalho busca evidenciar os fatores facilitadores ou de dificuldades apontados pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento da assistência ao PTM/família, podendo ter como resultado ações ineficientes ou de pouco impacto para o cuidado desses indivíduos.

## **Metodologia**

Este estudo exploratório-descritivo de análise qualitativa utilizou para a coleta de dados a metodologia do grupo focal, permitindo a reflexão do grupo sobre o tema abordado, com base nas percepções e experiência de cada participante sobre este, coletando os dados a partir das falas de um grupo<sup>7</sup>.

Para selecionarmos as UBS onde o estudo foi desenvolvido, utilizamos uma listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, com dados de

2005, último ano com essa informação disponível. Essa listagem ordenou as UBS considerando o número de indivíduos que retiram medicamentos psicotrópicos e são acompanhados no Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) e o número de encaminhamento e atendimento no serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (HMM), local de atendimento dos PTM em crise. Isso nos permitiu escolher as UBS com maior número de PTM em sua área de abrangência que mais utilizam os serviços citados, o que nos leva a inferir que as equipes da ESF desenvolvem nas atividades cotidianas ações para eles e suas famílias, já que estes estão sob seus cuidados na comunidade.

Nas duas primeiras UBS desta listagem foram formados dois grupos focais, um em cada UBS, composto pela equipe completa da ESF por acreditarmos que a presença de todos os profissionais levaria a expressão de todas as ações desenvolvidas, com maior reflexão do grupo. Consideramos completa a equipe que tinham todas as categorias profissionais (agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro e médico) e em número suficiente para atendimento de sua área de abrangência, podendo ser complementada pela equipe de saúde bucal. No entanto, os médicos e profissionais de odontologia não participaram dos grupos focais.

Foi realizada uma sessão no grupo 01 e duas no grupo 02, sempre após a reunião semanal da equipe da ESF, dentro da própria UBS, garantindo a privacidade e tranquilidade nas sessões. Os grupos foram iniciados com explicação do estudo e metodologia, exposição dos objetivos da pesquisa e apresentação dos observadores e coordenador. Foi distribuído uma folha de auto-preenchimento para obter informações dos participantes (idade, sexo, profissão, etc) e, iniciando-se assim, a exploração do foco de estudo de acordo com um roteiro abordando as questões de investigação deste projeto. Após esse momento não foi permitida a entrada de novos participantes.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo<sup>(10)</sup>

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o parecer 110/2007, como parte do projeto “A Saúde Mental na Atenção Básica: Perspectivas e Intervenção” realizado no município de Maringá. Foi liberado, também, pelo Centro de Capacitação de Profissionais de Saúde (CECAPS), responsável pela permissão de estudos nos serviços da Secretaria de Saúde de Maringá. Os participantes

assinaram o termo de consentimento e aceitaram a gravação do grupo focal, seguindo os preceitos éticos necessários.

### **Resultados e Discussão**

Os grupos refletiram inicialmente sobre ações em saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF, sendo apontados fatores que interferem nessas ações, advindos do campo profissional, pessoal, de serviços e comunidade. Os grupos se concentraram nos fatores que facilitam ou dificultam a assistência ao PTM, apresentando mais dificuldades que facilidades. Os fatores apresentados neste trabalho são considerados pelos profissionais como importantes e com potencial de interferir de modo singular ao assistir o PTM.

### **Questões pessoais, profissionais e de estruturação do serviço da estratégia de saúde da família interferindo nas ações ao PTM.**

Consideramos como dificuldades pessoais as particulares do indivíduo, seus conceitos, preconceitos e experiências anteriores, que influenciam várias áreas da vida, inclusive no campo profissional, ocasionando diferentes aceitações em assistir o PTM. As questões profissionais são aqui entendidas como aquelas provenientes da vida profissional e de sua formação/conhecimento na área de atuação. A estruturação do serviço engloba as condições fornecidas para o profissional atuar, sendo condições físicas ou de organização.

Os profissionais informaram que há diferenciação na afinidade em trabalhar com os PTM e suas famílias, sendo que alguns deles têm maior resistência em desenvolver essas ações, afirmando não gostar de assisti-los e identificando motivos para isso.

*“Eu não me sinto bem em atender os PTM e suas famílias porque tem que ter um perfil pra isso, é muito delicado. Eu tenho medo dos pacientes, porque uma vez um rapaz que fui visitar quis por a mão em mim. Ele ficava no sanatório, tinha problema mesmo. Não me sinto preparada pra trabalhar com eles, tenho que aprender muito ainda. Daí eu prefiro que fiquem internados, mas eles voltam pra casa...”* (Equipe 02).

Evidencia-se que uma experiência constrangedora ou que gera sentimentos negativos tende a limitar a assistência ao PTM, já que o profissional poderá ter resistência em desenvolvê-la e/ou distanciar-se pelo receio de que essa experiência

se repita. Foram referidos, também, os sentimentos gerados pelo imaginário popular, por informações de outras pessoas e trocas de experiências. Também há preconceitos enraizados na sociedade provenientes de concepções anteriores, como ocorre com o PTM devido a herança do período de institucionalização, em que era considerado perigoso para a sociedade e para ordem social, devendo estar segregado.

A aproximação entre profissionais da ESF e PTM é dificultada pelo medo gerado quando os profissionais se deparam com determinados comportamentos dos PTM, já que ainda há a crença de que estes indivíduos tenham descontrole súbito, com atitudes violentas e agressivas. A possibilidade de deparar-se com essas situações e o compartilhamento de vivências por pessoas próximas resultam e fortalecem o medo, mesmo quando não há experiência pessoal anterior<sup>9</sup>.

Depreende-se a partir da fala acima que se o profissional não se sente a vontade para assistir o PTM, prefere que ele seja segregado da comunidade para não trabalhar com o que desconhece. Essa visão hospitalocêntrica dificulta ao profissional desenvolver ações, pois não se envolve no cuidado e acompanhamento deste por considerar que a comunidade não é seu lugar.

A falta de conhecimento também foi apontada pelos grupos como dificuldade no desenvolver das ações, somado a falta de informações suficientes para assistir os PTM, fornecidas através de capacitações e discussões de caso. Não conhecer sobre aquilo que precisa intervir e acompanhar resulta em ações superficiais e sem grande impacto.

*“Existe uma preocupação pra gente fazer o máximo que pode, mas eu não recebi nenhuma orientação fora da universidade pra atender esses pacientes e seus familiares. Se tivesse cursos a respeito ia ser bom. Claro que eu também deveria procurar mais conhecimento, ler mais, mas a gente precisa de condições pra isso, precisa de infra-estrutura e de tempo. É um serviço importante, de responsabilidade, que precisa ter base.”* (Equipe 02).

Observamos nesta fala que muitos profissionais percebem a importância das ações ao PTM, contudo o desconhecimento sobre transtornos mentais e suas particularidades resulta no desenvolvimento deficitário destas. Em estudo anterior<sup>10</sup>, o aperfeiçoamento profissional, com cursos para preparar e atualizar os profissionais atuantes, foi apontado como critério importante para uma boa equipe de ESF.

A limitação de conhecimento identificada pelas equipes pode originar da pouca atualização após a formação profissional e das modificações na assistência devido as transformações sociais e novos modelos de atenção a saúde, fatores presentes na assistência ao PTM pela ESF, conforme explanado. Vale destacar que os profissionais que estão na atenção a saúde há mais tempo precisaram mudar a forma de assistir os PTM, já que a desinstitucionalização e a necessidade de acompanhá-los na comunidade é recente. Também é necessário acesso a novos conhecimentos além dos adquiridos na formação profissional (curso superior ou técnico), através de cursos e incentivos.

Os municípios devem investir em capacitações na atenção básica para que os profissionais conheçam e desenvolvam ações acordando com os princípios da Reforma Psiquiátrica, sendo importante que os gestores realizem atividades que desmistifiquem a doença mental<sup>11</sup>.

Ainda de acordo com a fala acima e demais discussões, percebemos um déficit na educação continuada/permanente nos serviços de saúde e nas condições para o aperfeiçoamento profissional. É importante que os serviços de saúde considerem a necessidade do profissional aprofundar seus conhecimentos, que interferem significativamente no atendimento da população. Contudo o profissional deve ter consciência de que não adianta apenas o empregador fornecer condições, deve sim, responsabilizar-se pela procura em adquirir e aprofundar conhecimentos, cabendo ao empregador e profissional trabalharem conjuntamente nesta busca.

Outra situação apontada é a condição de trabalho da equipe, que muitas vezes não permite o desenvolvimento da assistência ao PTM, como informado a seguir:

*“Na nossa unidade, que fica fora da UBS, todas as atividades de promoção e prevenção é difícil, inclusive aquelas destinadas ao PTM. É uma área de quase 6.000 indivíduos. Tem só uma funcionaria da ESF que fica na farmácia, faz acolhimento, faz medicação. Eu faço prevenção, puericultura, grupo de hipertensão (hipertenso e diabético), consulta de gestante, reunião de equipe, cadastro no SISPRENATAL (sistema de informação do acompanhamento pré-natal). Fora os relatórios que a gente tem... Os ACS ajudam na parte administrativa. Daí não sobra tempo livre pra gente fazer PSF. A gente tem idéias boas e boa vontade, mas não pode fechar pra realizar atividades fora. A população acha ruim de ter que ir até a UBS pra fazer atendimento, os próprios funcionários da UBS não gostam. Então a*

*gente é criticada (pelos colegas e pela população) por tentar trabalhar com a prevenção e promoção...” (Equipe 01).*

Observando as atividades a serem desenvolvidas, conforme citado, percebemos que são muitas e necessitam de planejamento para execução. Assim, no caso particular desta equipe, há dificuldade em desenvolver na unidade de ESF todas as atividades esperadas de uma UBS, já que conta apenas com a equipe. Percebemos nos profissionais a busca em produzir, baseado na visão curativa da assistência, considerando como prioritárias atividades que acordam com essa visão em detrimento das atividades de prevenção e promoção.

É preciso que os profissionais reflitam também se as ações que definem como prevenção e promoção a saúde realmente têm este objetivo, ou se são baseadas na concepção curativa mesmo quando realizadas extra-UBS. Muitas vezes a equipe critica a falta de entendimento da população sobre essas atividades e a cobrança na urgência das ações curativas, mesmo abrangendo em suas práticas apenas ações curativas ao propor prevenção e promoção à saúde<sup>12</sup>.

Para o sucesso das atividades educativas, é necessário maior tempo no cotidiano da ESF para as ações preventivas e a conscientização da população da importância das atividades e da participação desta<sup>13</sup>. É interessante também que a ESF busque a aceitação dos profissionais de saúde, pois fica evidente na fala anterior a resistência destes e da população ao perceber que a equipe deixou de produzir na assistência curativa para realizar outras atividades. Para isso é preciso desenvolver nesses indivíduos a percepção dos benefícios da prevenção e promoção a saúde, fazendo-os entender que essas atividades não são momentos de “lazer” da equipe e sim uma necessidade do serviço.

### **Os fatores provenientes da rede de atenção a saúde mental**

Foram apontadas pelos profissionais dificuldades provenientes da rede de assistência em saúde mental, principalmente dos serviços de referência, para onde encaminham os PTM nos momentos de crise ou para acompanhamento especializado, ou dos serviços de suporte pré-hospitalar no momento de encaminhar, como é o caso do transporte por ambulância ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

*“Encaminhar a gente encaminha, mas o paciente não vai por vontade própria. Ai pra chamar a ambulância pra levar esses pacientes a força, tem uma serie de critérios também, que não é fácil.”* (Equipe 01).

É interessante observar nessa fala que os profissionais identificam como dificuldade a normatização do transporte do PTM em crise. Devido a preferência pela hospitalização, herdada do período manicomial, foi necessário adotar critérios, como presença de sintomas e comportamento alterado, para o transporte aos serviços de emergência nos casos em que não há consentimento do PTM, visando a proteção do próprio indivíduo. Sem esses critérios poderia haver hospitalizações ou encaminhamentos por vontade de terceiros, sem real necessidade. Contudo, é evidenciado nas discussões, que as equipes encontram dificuldades em encaminhá-los quando identificam a necessidade do atendimento emergencial do indivíduo em crise e o serviço de transporte (SIATE e SAMU) não o realiza pelo PTM não apresentar os critérios exigidos. Assim, as equipes vêem sua atuação esbarrar em fatores que fogem de seu controle, tendo sua avaliação da necessidade de transporte ao serviço de emergência psiquiátrica considerada incorreta pelos serviços que deveriam complementar suas ações.

Mesmo com inúmeros serviços de atenção a saúde mental para atendimento das situações de diferentes complexidades ainda não se pode afirmar que está constituída uma rede de serviços e ações integrados e complementares. É importante que haja mudanças complexas de paradigma e de práticas na saúde mental para a substituição da institucionalização seja mais que uma mudança do local onde acontece o cuidado aos PTM<sup>14</sup>.

Esse conflito entre os critérios de cada serviços de saúde mental citado pelas equipes é de difícil compreensão dos familiares e população, podendo desacreditar a equipe ao indicar uma ação julgada não necessária pelos outros serviços. É necessário entender que a família pode apresentar-se ansiosa e confusa nos momentos que se percebe em meio as divergências, polêmicas e argumentações entre profissionais da área. Assim, é importante que a família receba informações eficientes e qualificadas para que nos momentos de crise do familiar essas disputas entre concepções e interferências dos profissionais de saúde não as confundam ainda mais<sup>15</sup>.

Ao mesmo tempo que a equipe aponta os critérios dos serviços da rede como dificultadores da assistência ao PTM, afirma que, em alguns casos, a inexistência deles também é prejudicial para o desenvolvimento de ações pela ESF.

*“O fato de alguns serviços não exigirem a presença de um familiar nas consultas de acompanhamento dificulta o nosso acesso a informação. Quando o familiar vai junto, ele sabe informar o que aconteceu lá. Quando o PTM vai sozinho a gente não sabe o que é verdade do que ele diz, e o familiar e a gente nunca sabe de nada do que ta acontecendo nas consultas. Também não tem a contra-referência.”* (Equipe 02).

É destacado nesta fala e nas discussões que não há obrigatoriedade da presença do familiar em alguns serviços, dificultando o acesso da equipe a informação. Foi apontado pelos profissionais que muitos familiares participam do acompanhamento dos PTM apenas quando solicitado, sendo poucos os que percebem essa necessidade e sua contribuição na terapêutica. Assim, se não é obrigatório acompanhar o PTM nas consultas especializadas, os familiares acham irrelevante, pois acreditam “que se fosse necessário, mandavam chamar”. Deste modo, fica restrito a poucos PTM serem acompanhados pela família no atendimento dos serviços que não apresentam essa obrigatoriedade.

Depreendemos das informações dos profissionais que a presença do familiar nos serviços de saúde mental é considerada uma ponte para o acesso a informações, pois as condutas e orientações fornecidas pelos outros serviços de assistência ao PTM chegam ao conhecimento da ESF pelo familiar que acompanha o PTM e participa deste momento. Assim, é importante que a ação e o planejamento das diferentes equipes que compõem a rede de assistência em saúde mental ocorram conjuntamente e envolvam a família do PTM, o que cria e fortalece o vínculo com o PTM, família e entre as equipes, facilitando a comunicação e a troca de informações<sup>14</sup>.

A equipe discutiu também que a participação familiar obrigatória conflitaria com a indisponibilidade da família, devido a necessidade de trabalhar, para buscar condições sócio-econômicas de sobrevivência, e a existência de compromissos pessoais, uma vez que os membros da família precisam manter sua individualidade para prevenir doenças, e não viver em função do PTM apenas. Assim, se o serviço tornar obrigatório a presença do familiar, haverá PTM que precisarão abandonar o tratamento por não cumprir esse critério.

Outra situação apontada como dificuldade no desenvolvimento da assistência ao PTM é a referência e contra-referência dos indivíduos encaminhados aos demais serviços ou que recebem alta ou espaçamento das consultas para acompanhamento na UBS.

*“Às vezes é dado alta do CISAM para os PTM serem acompanhados aqui, ou então continuam lá com consultas intercaladas com as da UBS. Só que não trazem informações do problema e medicação. Eles chegam aqui querendo uma receita, continuidade de tratamento, mas sem nenhuma comprovação de que ele usa. No CAPS o problema é a informação de quem tá indo lá, fazendo acompanhamento, atividades e consulta. A gente sabe pelos outros e não pelo serviço.”* (Equipe 02).

*“No Municipal (setor de emergência psiquiátrica) a contra-referência vem por malote, mas não vem escrito o que aconteceu, qual medicação que toma, como vai continuar o tratamento. E demora muito pra chegar. As vezes o endereço informado não é aquele, ou é um prédio, mas não diz o bloco ou o apartamento. No psiquiátrico (hospital psiquiátrico de longa permanência) é pior, não existe essa contra-referência quando o paciente tem alta.”* (Equipe 01).

Percebemos que tanto os serviços de acompanhamento quanto os de atendimento emergencial e internação ainda não informam a UBS quem são os indivíduos que atendem, como é desenvolvido o tratamento e quais as necessidades no acompanhamento do PTM. Para os profissionais, essa falta de informação e integração com os demais serviços resulta numa deficiência das ações, visto que não são informados sobre o que é necessário executar, nem quais ações são importantes para acompanhar o PTM na ESF. Também percebemos o desinteresse, ou mesmo a falta de importância, dos serviços em desenvolver a contra-referência, quando é apontada a existência de dados errados, como endereço, necessário para identificar o PTM/ família e assisti-los.

Em uma rede de assistência é importante que o paciente seja contra-referenciado a UBS para continuar o tratamento e manter o vínculo com os profissionais que os encaminharam. A falta dessa comunicação entre os serviços resulta em desassistência do indivíduo pelos profissionais da atenção básica, que são deixados apenas sob cuidados da família pela falta de informação para instituir a assistência<sup>11</sup>.

As equipes têm essa visão de essencialidade da contra-referência para que seu trabalho seja de qualidade e com resultados positivos. Acredita-se que falta uma posição mais severa dos gestores para que esta integração funcione de maneira real, com responsabilidade dos serviços e consciência das interferências no acompanhamento pela ESF sem as devidas informações.

Dentre tantas dificuldades encontradas na rede de assistência, os profissionais identificaram uma facilidade para desenvolver ações em saúde mental: trata-se das ações que realizam com o apoio do CAPS, o que é usufruído por uma das equipes enquanto a outra desconhecia esse trabalho. Este apoio ocorre através de reuniões com os profissionais destes locais, com discussão de casos, visitas domiciliares aos indivíduos acompanhados pelo serviço de saúde mental, e orientações sobre como atuar. É importante destacar que essas atividades em fase inicial já apresentam resultados conforme explicitado:

*“De uns tempos pra cá o CAPS tá fazendo reuniões aqui na UBS. É a cada 15 dias e cada vez tem por responsável uma equipe da ESF. Eles pedem a presença do médico, da enfermeira, e de todo o pessoal da equipe. Do CAPS vem a psicóloga, vem assistentes sociais. Eles realizam atividades de visita domiciliar, discutem o caso com a nossa equipe e sugerem o que pode ser feito pra melhorar. Assim a gente consegue aprender mais, a gente tem contato com quem sabe e se sente mais segura. Também a gente sabe quem procurar quando precisa.” (Equipe 02).*

Apesar de não ser uma equipe matricial, percebemos pela citação acima que os profissionais do CAPS participantes desta atividade buscam incorporar alguns pressupostos do matriciamento. Essa lógica se pauta na realização de um suporte técnico especializado para qualificar e ampliar o campo de atuação das equipes interdisciplinares, como as da ESF. Na saúde mental, a lógica matricial busca principalmente a consistência das intervenções nesta área através de discussões da equipe matricial e da ESF ou mesmo ações conjuntas, aumentando a capacidade de resolução da ESF e ofertando assistência integral aos indivíduos<sup>16</sup>.

Percebemos na fala da equipe um certo alívio ao sentir-se respaldada para executar ações em saúde mental, adquirindo gradativamente segurança no desenvolvimento de suas ações através da discussão de idéias e maneiras de assistir em saúde mental com aqueles que consideram ser detentores do saber nesta área. A presença de profissionais que lidam com os PTM e suas famílias

cotidianamente desenvolve na equipe da ESF confiança nas suas decisões e aquisição do conhecimento necessário para desenvolver as ações planejadas, possibilitando solicitar cada vez menos o apoio dos profissionais especializados do CAPS.

### **A realização das ações: interferências inerentes a assistência ao PTM**

Nesta categoria podemos destacar a facilidade e as dificuldades identificadas pelos profissionais como interferência na assistência.

É interessante observar que a facilidade encontrada na assistência pode denotar que a ESF conquistou seu espaço junto ao PTM, com aceitação destes, de seus familiares e comunidade. A facilidade apontada é a existência de vínculo entre profissionais e PTM e suas famílias, objetivado em muitas atividades cotidianas da ESF e com interferência em qualquer ação desta, já que é fundamental para o desenvolvimento deste novo modelo de atenção.

*“O vínculo é importante pra gente realizar nosso trabalho. Com ele o PTM tem bastante confiança de chegar aqui e procurar alguém pra resolver seus problemas. Daí a gente consegue agir. Muitas vezes tem uma confiança grande, um vínculo tão bom, que o paciente pede ajuda quando vai fazer uma loucura.” (Equipe 01).*

Conforme apresentado nesta fala, juntamente com o que os profissionais discutiram, percebemos que o PTM que estabelece o vínculo com a equipe permite maior atuação dos profissionais e se compromete em responder de modo a não decepcioná-los. Torna-se um ciclo: o profissional oferece uma assistência comprometida e de qualidade, que resulta no vínculo; com ele o indivíduo desenvolve confiança na equipe, deixando-a intervir de modo mais atuante, tendo melhores respostas nas ações desenvolvidas e conseqüentemente intensificando-o cada vez mais. Assim, é importante que os profissionais assumam uma postura que não fragilize o vínculo existente e nem dificulte o estabelecimento deste, pois são poucos os fatores que facilitam a assistência ao PTM dentre os demais.

Contudo, o vínculo entendido pela ESF pode se restringir a conhecer as pessoas e seus problemas sem responsabilização em desenvolver a autonomia do usuário e sua co-participação na organização do serviço. Deve ser praticado por toda a equipe para atender as necessidades reais dos indivíduos<sup>17</sup>.

Deste modo, apesar dessa facilidade proveniente da existência de vínculo ser mais um motivo para a equipe buscá-lo, é importante que não objetive apenas sua criação e fortalecimento, mas sim que reflita até onde o vínculo desenvolvido contribui para crescimento da participação da comunidade nas decisões sobre ações e planejamentos de saúde que resultarão em melhorias para a sociedade, profissionais e serviços de saúde.

Algumas questões provenientes da assistência ao PTM também foram apontadas pelos grupos como dificuldades, sendo primeiramente citadas aquelas relacionadas a responsabilização e apoio das famílias no desenvolver das ações. Percebemos que estas afligem os profissionais, já que conceituam o familiar como cuidador nato dos PTM, esperando que se envolvam de modo singular no seu cuidado.

*“É difícil quando não tem responsabilização da família, e isso é comum. Você faz visita domiciliar, mas o PTM não sabe esclarecer algumas coisas, os familiares sabem menos ainda e também não fazem questão de saber sobre a doença, sobre o tratamento. Aí não sabem como cuidar, porque o paciente que tem o transtorno dá muito trabalho pra pessoa, pra família. A gente tenta orientar a família, mas eles não se interessam, pelos menos a maioria não, como se não fosse responsabilidade deles entender.”* (Equipe 01).

Fica evidente que algumas famílias não são participantes no acompanhamento dos PTM e que isso gera vários problemas para a UBS, tendo entre eles principalmente a falta de informações sobre este indivíduo, sua doença e tratamento. Sabemos que na saúde mental, muitas vezes há um descrédito das informações fornecidas pelos PTM, resultante da cronicidade da doença ou mesmo por ser considerado alguém com déficit de conhecimento, fazendo com que os profissionais de saúde busquem junto aos demais membros da família a confirmação destas informações ou fornecimento de outras que possam apoiar a assistência ao PTM. Com isso é perceptível que se a família não assume a responsabilidade no acompanhamento do PTM, não buscando conhecer sobre a doença e necessidades de seu membro, haverá pouca informação para a equipe de ESF pautar suas ações.

Pensando no que foi discutido anteriormente sobre a comunicação entre os serviços da rede de saúde mental, vemos que se não há uma boa comunicação como o apresentado, e a família também não tem conhecimento para informar sobre

as necessidades e tratamento, o PTM provavelmente ficará desassistido já que a ESF não tem acesso ao conhecimento da real situação em que este se encontra para desenvolver ações eficientes. Assim, percebemos que é necessário que os profissionais da ESF sejam qualificados para reconhecer as necessidades familiares e atendê-las de modo especial quando possível, o que resultará no envolvimento da família, aumentando a eficiência das intervenções e multiplicando os recursos ao PTM<sup>18</sup>.

É fundamental que a equipe da ESF trabalhe a responsabilização da família para com o PTM, através de orientações sobre as necessidades existentes e a facilidade que o seu envolvimento traz na manutenção do quadro do PTM. O familiar que percebe essas vantagens provindas de seu envolvimento encontra razões para buscar conhecimento sobre o que não lhe era importante, sentindo-se parte da estratégia de cuidado e dando o primeiro passo para engajar-se no acompanhamento do PTM. Às vezes a família acredita que os profissionais de saúde sejam detentores do conhecimento e que suas informações são irrelevantes para quem já conhece e trabalha com isso. É necessário mudar essa visão, e para isso a equipe tem que se mostrar receptiva a ouvir o que a família tem a dizer, mesmo que sejam informações iniciais pouco significativas para o desenvolvimento de suas ações.

Acreditamos que cuidar dessa família também acarretará num maior envolvimento e responsabilização, pois sentindo-se cuidada estará mais propensa a contribuir para a manutenção de saúde de todos os seus indivíduos. No cuidado as famílias dos PTM é importante compreender que suas aflições podem ser resolvidas de modo simples, bastando muitas vezes uma orientação, ação que tranqüiliza e alivia a família ao se apoderar deste conhecimento. Deste modo, os profissionais devem oferecer atenção e orientações as família que convivem com a doença mental, principalmente no que se refere a doença, suas particularidades, necessidades e modo de cuidar<sup>19</sup>.

Ainda pensando sobre a falta de conhecimento da família sobre a doença e suas implicações, os profissionais identificaram a dificuldade em lidar com a família nos casos de cronicidade da doença, pois por não conhecer essa possibilidade e quais os resultados desta, acabam por desacreditar nos profissionais por não observarem a melhora do quadro ou cura e por não terem a visão da necessidade da intervenção emergencial da crise.

*“Muitas famílias não gostam que a gente encaminha para a emergência (psiquiátrica) por que eles falam ‘Olha, vai pra lá, vai pro sanatório e não resolve nada, volta pior do que foi’. E isso gera uma desconfiança muito grande. Quando vamos fazer visita não querem nem nos recebe. Acham que a pessoa vem até mais nervosa, mais estressada, mais difícil de lidar.” (Equipe 02).*

A família passa a rejeitar as ações da ESF por julgarem ser falha dos serviços de saúde mental as situações esperadas devido a patologia ou estágio em que a doença se encontra. Nas discussões com os profissionais ficou evidenciado que essa reação da família provavelmente é fruto de uma esperança de resolução diferente da real, ou seja, a família acreditou que com aquele encaminhamento haveria mudanças desejadas, como a cura ou melhora significativa do quadro, o que não ocorreu. Assim, como a família percebe a equipe como responsável por uma ação sem os resultados esperados (encaminhar para o local que deveria “resolver” o caso), acaba por recusar ou dificultar as outras ações desenvolvidas na ESF. Com a reflexão produzida no grupo, a equipe percebeu que é necessário orientar a família sobre os motivos do encaminhamento e o que deve ser esperado no retorno do PTM, para que não sejam criadas expectativas que não possam ser atingidas, e assim não decepcionar a família com os serviços desenvolvidos.

É interessante que apesar da rejeição do cuidado pela ESF, a família recusa também a internação do PTM, reconhecendo em si um melhor cuidado para o momento do que aquele oferecido nos locais de hospitalização, consolidando as mudanças esperadas com a desinstitucionalização. Apesar dessa visão, a família deve receber orientações sobre as indicações de intervenção necessária e imediata caso o PTM apresente riscos para ele ou outras pessoas.

Foi apresentado nas discussões que enquanto algumas famílias entendem a importância de manter o PTM sob seus cuidados, outras ainda querem a internação, sendo essa diferenciação na postura das famílias identificada pelos profissionais como menor e maior envolvimento e comprometimento no cuidado. A participação familiar e a reinserção do PTM perseguida pela equipe demonstra a absorção dos princípios da desinstitucionalização no modo de pensar a assistência em saúde mental, mesmo que não haja expressa referência a estes<sup>9</sup>.

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais é a baixa adesão as ações destinadas ao PTM devido a cronicidade do quadro ou rebeldia a orientações

fornecidas. Nesses casos as ações pensadas não surtem efeito pela pouca aceitação dos PTM.

*“Tenho pacientes que entram em crise porque não tomam remédio, ficam violentos, não param em casa, dá muito trabalho pra família. Tem aqueles que fazem o que querem, fazem questão de falar que é PTM pra tirar proveito no atendimento, mas quando a gente orienta não faz nada. Nem remédio, nem consulta... nada!”* (Equipe 02).

Percebemos que a resistência dos PTM interfere de maneira singular nas ações da ESF, torna-se importante que as equipes desenvolvam maneiras de melhorar a adesão dos PTM as suas orientações, diminuindo a resistência ao uso de medicamento e acompanhamento. Para isso, é necessário que os profissionais procurem conhecer os motivos apontados pelos PTM para a recusa dessas ações e desenvolva argumentos sinceros e alternativas eficazes para revertê-los.

É interessante observar que no abandono e não adesão dos tratamentos psiquiátricos existem dificuldades para definir as causas e elencar medidas e meios de intervir que sejam efetivos para restabelecer a adesão as terapias, já que é influenciada multi-fatorialmente<sup>20</sup>.

A baixa adesão aos tratamentos resulta na permanência de sintomas, culminando na difícil abordagem terapêutica e psicossocial, na pouca interação profissional-PTM e no prejuízo da reintegração social do PTM. O conhecimento e a compreensão de como a não adesão ocorre e as particularidades dos PTM que culminam no abandono do tratamento fornece aos profissionais de saúde maiores recursos para aumentar a adesão ao que foi proposto, através da manutenção das condutas indicadas. Apesar da enfermagem já possuir uma atuação que busca estabelecer acordos com o PTM para alcançar a adesão ao tratamento e identificar as interferências do cotidiano deste e de sua família que resultam na não adesão, essa postura deve ser assumida pelos demais profissionais de saúde. Assim, a busca pelo aumento da adesão aos tratamentos propostos é fundamentada pela interferência significativa da não adesão no universo social, profissional e pessoal englobado pelos tratamentos<sup>21</sup>.

O fato dos profissionais não conhecerem ou saberem lidar com a cronicidade do PTM também gera falha nas ações, já que por vezes apontarão como falta de cooperação do PTM o que condiz com o quadro de cronicidade, fazendo com que a equipe não se empenhe em sua assistência.

## **Considerações Finais**

É perceptível a existência de fatores que interferem nas ações em saúde mental provenientes de vários campos e que, como apresentadas no decorrer deste trabalho, acabam por influenciar significativamente a assistência ao PTM e a sua família. O fato das equipes identificarem esses fatores as tornam aptas para a busca de meios de atenuar ou eliminar as dificuldades e consolidar as facilidades.

É interessante observar que as facilidades foram apontadas poucas vezes, mas que se apresentam com um grande impacto na assistência, devendo ser aproveitadas pelas equipes no desenvolver de suas ações. Considerando as dificuldades, as quais foi destinada parte significativa das discussões dos grupos focais e, conseqüentemente, deste estudo, é importante que haja um trabalho em conjunto dos profissionais, gestores e comunidade, cada qual atuando naquelas que produzem, com a pretensão de torna-las menos interferentes nas ações que a ESF precisa desenvolver junto ao PTM.

É importante ver que com os grupos focais os profissionais perceberam que realizam muitas ações ao PTM, algumas que nem eram identificadas como assistência em saúde mental por estarem vinculadas ao trabalho diário destinada a toda a população de sua abrangência. Ao discutir as dificuldades que envolvem a assistência ao PTM, os profissionais conseguem apontar com precisão quais são e como interferem em suas ações, o que demonstra que as equipes provavelmente discutem sobre elas e buscam meios de agir para que a assistência não seja prejudicada.

Importante destacar que nas reflexões dos grupos ficou claro que os profissionais mudaram a concepção de que essas dificuldades estão presentes e é de responsabilidade exterior a equipe, pois foram apontados meios de agir sobre essas dificuldades, envolvendo todos os profissionais na busca de solucionar as dificuldades.

Deste modo, ao final dos grupos, conseguimos perceber que a assistência da equipe de saúde da família ao PTM passa por um momento de transição em que é necessário desenvolver ações e participar de uma rede que ainda encontra-se em construção, além de reformular seu modo de pensar a saúde mental e seus conceitos sobre o PTM e o cuidado que necessita. Em meio a reconstrução do modelo de assistência e baseado na desinstitucionalização do PTM, compete a equipe desenvolver meios de enfrentar as dificuldades e praticar ações necessárias

para o PTM e sua família de modo que se consolide a assistência na atenção básica, principalmente pela ESF.

### Referencias Bibliográficas

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas - OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 5 - Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2005; 16(3): 1027-34.
- 6 - Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2007; 60(4):391-95.
- 7 - Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti; 2001.
- 8 - Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
- 9 - Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 227-32.
- 10 - Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
- 11 - Consoli GL, Hirdes A, Costa JSD. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1):117-28.
- 12 - Schaedler LI. Sistema Único de Saúde como rede em prática pedagógica. In: Brasil. Ministério da Saúde. *VER-SUS/Brasil: caderno de textos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 82-89.

- 13 - Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(3):290-95.
- 14 - Zambenedetti G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saude soc.* 2009; 18(2):334-45.
- 15 - Waidman MAP, Elsen I, Moreira SK. Fatores que interferem na desinstitucionalização e reinserção do portador de transtorno mental na família. *Arq Apadec.* 2004; 8(Supl 1):21-8.
- 16 - Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(1):129-38.
- 17 - Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(6):1487-94.
- 18 - Kantorki LP, Pinho LB, Machado AT. Do medo da loucura à falta de continuidade no tratamento em saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2001; 10(1):50-9.
- 19 - Waidman MAP, Elsen, I. Família e necessidades: revendo estudos. *Acta Sci Health Sci.* 2004; 26(1):147-57.
- 20 - Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38(3):254-61.
- 21 - Cardoso L, Galera SAF. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):161-67.

## 5 REFLETINDO OS RESULTADOS DO ESTUDO

Ao chegar ao final deste estudo, é interessante observar que muito do que foi discutido nas equipes participantes contribuiu de modo significativo para a reflexão e busca por mudança de postura na assistência ao PTM e sua família na atenção básica.

Foi interessante perceber que esse espaço proporcionado para a exposição das diversas opiniões dos profissionais possibilitou à equipe conhecer o que cada profissional pensa e como age em determinadas situações, resultando na troca de experiências entre esses indivíduos que convivem diariamente no ambiente de trabalho mas que não encontram tempo para refletirem sobre suas ações e buscar na opinião dos demais novas experiências e diferentes visões.

Senti que ao iniciar os dois grupos, havia a sensação de que este seria apenas mais um estudo como os muitos que já participaram, onde o pesquisador busca informações sem deixar contribuições aos participantes. Isso foi me explanado por uma das enfermeiras em contato telefônico, que logo no primeiro momento apresentou sua insatisfação pela falta de contribuição dos trabalhos dos quais participam. Contudo, percebi que logo na explicação sobre a metodologia, alguns profissionais mostraram-se empolgados pela possibilidade de ter um espaço de troca de experiências e opiniões. As sessões transcorreram com a participação efetiva de todos, sendo interessante o fato dos agentes comunitários de saúde ficarem inicialmente acanhados nas reflexões, com maior aproveitamento ao perceberem-se como instrumento de cuidado ao PTM através das VD, categoria que mais realiza essa ação.

O fato dos profissionais médicos não participarem das discussões culminou no resultado da pesquisa sem a visão particular destes, mas ainda com riqueza de dados, mesmo que este profissional não esteja presente, já que se trata de apenas um dos membros da equipe, podendo esta expressar sua visão na totalidade devido as situações cotidianas vivenciadas com participação de todos que a compõem. Sabemos que muitas das críticas apresentadas a esse profissional talvez não seriam feitas caso estivesse presente.

É perceptível também que, apesar da equipe de saúde bucal ser considerada parte da equipe da ESF, os profissionais ainda não se atentaram para

isso, trabalhando como duas equipes isoladamente. Isso foi evidenciado pelo fato da equipe de saúde bucal julgar sua presença dispensável mesmo sendo informada da importância da participação de todos os profissionais da equipe de ESF, e também na postura dos profissionais participantes, que mostraram-se surpresos ao solicitarmos a presença da “outra equipe”.

Confesso que a recusa destes, explícita ou não, em participarem do estudo deixou-me inicialmente preocupada com os resultados e um pouco entristecida já que acreditava que este momento seria de grande contribuição também para os participantes, como é objetivado pela metodologia escolhida.

Analisando separadamente as duas equipes, podemos observar que há muitas diferenças entre elas, conforme apresentado durante as discussões, desde as responsabilidades que assumem até o modo de trabalhar. É interessante o fato de serem equipes pertencentes a Unidades de Saúde próximas, contendo o mesmo número de profissionais na equipe (sem considerarmos a equipe de saúde bucal), mas com ações totalmente distintas e pensamentos discrepantes.

A equipe 01 ainda apresenta uma forma de assistir baseada na doença, justificando na cobrança da população por ações curativas a falta de atividades de promoção e prevenção a saúde. Sob o meu ponto de vista, a equipe encontra-se descomprometida com essas atividades, que, apesar das reais dificuldades que enfrenta devido a demanda de serviço dentro da unidade da ESF, poderiam ser desenvolvidas a partir de outros modos de trabalhar além das atividades externas. Foi perceptível quando a equipe iniciou a reflexão sobre a realização de atividades em grupos com o intuito de promover saúde que alguns profissionais assumiram uma postura defensiva, culpabilizando a situação em que se encontram (necessidade de realizar todas as atividades da unidade tendo apenas os profissionais de ESF, alta concentração populacional, dificuldade na cooperação de alguns profissionais da equipe, etc) pelo insucesso de suas atividades neste campo. Também percebi que não priorizam essas ações, o que não foi modificado mesmo com a discussão acirrada entre os profissionais sobre sua importância e busca de condições.

Enquanto essa população fica totalmente desassistida na promoção e prevenção à saúde, a equipe 02 já tem como cotidiano essas atividades, estando presente em todos os seus profissionais o entendimento das vantagens que essas ações podem gerar. Percebi nesta equipe o empenho em desenvolvê-las e a busca

por proporcioná-las a maior parte de sua comunidade, através de implantação de atividades que interessam aos diferentes grupos presentes. O entusiasmo dessa equipe ao apresentar as atividades que realizam, presente de modo unânime nos profissionais, me fez refletir que essa nova estratégia está sendo assumida em suas posturas e atuações, de modo que o imaginado com a implantação dessa estratégia torna-se realidade na assistência ao PTM e suas famílias.

No entanto as duas equipes estão atentas aos princípios da desinstitucionalização e, de modo geral, já percebem-se como principais cuidadores desses indivíduos que estão na sua área de abrangência. Deste modo, em todos os grupos foi identificada a realização das mesmas ações ao PTM, diferindo na intensidade de realização e comprometimento, mas não deixando esses indivíduos sem acompanhamento. Isso demonstra que há uma uniformidade no modo de pensar a assistência em saúde mental, advinda muitas vezes dos pressupostos da ESF e da reforma psiquiátrica, incutidos nos profissionais mesmo que estes não os identifiquem ao realizarem as ações.

Sabemos que ainda há profissionais com pensamentos herdados do período anterior a reforma psiquiátrica, acreditando que os PTM devam ser cuidados por profissionais mais especializados e buscando a segregação destes em alguns momentos, mas foi perceptível nas discussões que até estes se esforçam para trabalhar com a saúde mental, e apresentam uma gradativa aceitação em lidar com os PTM, mostrando que já há um confronto entre o que pensam (o que está consolidado em seus conceitos como o que é certo, neste caso a internação psiquiátrica) e o que fazem (ações para garantir a permanência do PTM e comprometimento com este e sua família no acompanhamento pela ESF).

É evidente que os profissionais reconhecem a importância de suas ações para que a doença esteja estabilizada e o PTM seja mantido no convívio familiar e comunidade. Contudo, foi perceptível a surpresa das equipes ao observarem que realizam muitas ações em saúde mental além daquelas que julgavam realizar. Isso se deve ao fato de que, por ser uma nova área sob sua responsabilidade e tendo por necessidade um acompanhamento mais próximo do PTM e família, as equipes identificavam que as ações em saúde mental eram as mais complexas e relacionadas aos momentos que caracteriza a doença mental, ou seja, nas crises.

Ao perceberem que ações cotidianas, como as visitas domiciliares e a oferta de atividades de promoção e prevenção, também são importantes para os PTM e

suas famílias, os profissionais passaram a olhar de outro modo a realização destas, optando por intensificá-las e, a partir desta reflexão, dar a importância devida a essas ações e aos resultados que podem alcançar. Essa percepção de que ações consideradas simples de realizar são meios de assistir o PTM faz com que as equipes desenvolvam maior aceitação para a assistência em saúde mental, uma vez que percebem não precisarem de muitos recursos para garantir a qualidade da assistência e o sucesso de suas ações.

Em alguns momentos as equipes entendem o PTM como diferente dos demais indivíduos, o que não é interessante para a realização das ações, já que esse entendimento pode gerar uma dicotomia do atendimento entre os indivíduos doentes e os sem diagnóstico de transtorno mental, o que culminam em preconceitos de profissionais e comunidade, segregando o PTM ainda mais. Tratar alguém diferente dos demais deveria ser uma constante apenas nos casos em que há necessidade real, como nas emergências ou risco para si ou outrem, o que não é comumente observado nos PTM em acompanhamento. A visão dos profissionais sobre essa diferença entre o TM e os demais pode ser motivo para justificar a desassistência, o que não é considerável já que as mesmas atividades cotidianas realizadas com a população em geral pode ser aplicada como ações aos PTM, necessitando de, no máximo, uma adaptação ao modo de ser do indivíduo.

Muitas vezes os profissionais identificam os transtornos mentais apenas quando há sintomas como agitação e agressividade, concepção incutida na sociedade durante o período anterior a desinstitucionalização, quando foi disseminada a visão de periculosidade do PTM, sendo ainda hoje apontados como os que podem colocar em risco a sociedade ou sua ordem estabelecida. Com isso, os PTM que não apresentam esses sintomas evidentes não são entendidos como indivíduos com transtorno mental, já que mantém uma certa ordem social. Essa situação nos alerta para o fato de que muitas vezes alguns PTM não estão sendo inseridos nas ações de saúde mental pelo fato dos profissionais não os considerarem como indivíduos com doença mental que necessita de cuidados nessa área.

Assim, com base nessa discussão e se apropriando das informações fornecidas por mim e pelos observadores, pessoas que trabalham na saúde mental, a equipe passou a entender a importância de conhecer quais são os transtornos mentais e quem são os PTM, se comprometendo a buscar maiores conhecimentos

sobre alguns assuntos que achavam dominar, mas que foram apresentados com conceitos e definições erradas. Os profissionais destacaram nesse momento a importância da discussão com profissionais além dos que compõe a equipe, para a troca de experiências e apropriação das ações que dão certo em outros locais. Sugeri que busquem reunir outras equipes de ESF para essa discussão, o que foi aceito com entusiasmo pelos profissionais.

Ainda é importante destacar que apesar de existirem muitas as ações em saúde mental desenvolvidas pelas equipes, as discussões demonstraram que, de modo geral, cada uma é de responsabilidade de uma categoria profissional, podendo ser realizadas por outras em situações especiais. As equipes acreditam que isso ajuda a sistematizar a assistência, já que cada um sabe o seu papel e as responsabilidades com o PTM, mas revelam em suas falas que essa segmentação das ações geram um cuidado fragmentado, pois nenhum dos profissionais pensam as ações de modo integrado e como uma interfere nas demais. É fundamental para os profissionais entenderem a assistência da equipe de modo contínuo e complementar e não como pontual referente a cada ação, resultando numa maior responsabilização de toda a equipe para com o indivíduo que necessita de seus cuidados.

A falta de uma assistência sistematizada ao PTM, como ocorre com os hipertensos e diabéticos, é motivo de insatisfação dos profissionais, pois ficou evidente a sensação de abandono da equipe ao discutir essa situação. Quando existe algo formalizado sobre norma e rotina da assistência, descrevendo as ações necessárias e os objetivos propostos, a equipe entende que tem um caminho certo por onde seguir. O fato do desenvolvimento da assistência ao PTM ser de responsabilidade da ESF, que deve identificar e implantar ações para essa população, deixa a equipe confusa e muitas vezes gera dificuldade no desenvolvimento destas. Também percebemos que por não ser formalizado, há menos cobrança sobre as ações, e muitos profissionais ainda desenvolvem suas atividades baseadas na cobrança de produção, não se preocupando com aquilo que não está programado de acordo com programas e solicitado em seus relatórios, já que acredita-se que não seja algo tão necessário de ter atenção.

A identificação das interferências na assistência ao PTM e sua família foi importante para as equipes, uma vez que foi perceptível a mudança da aceitação destes para a procura de modos de intervir. Acreditamos que os profissionais

atentaram, com a reflexão, para sua responsabilidade com os indivíduos sob sua assistência e o poder de modificar esses fatores através de discussão com demais profissionais da equipe, da UBS, serviços da rede em saúde mental, gestores e comunidade.

Em relação aos gestores dos serviços de saúde, torna-se necessário a intensificação do comprometimento existente para a formação da rede em saúde mental que permita a troca de conhecimentos entre os serviços e profissionais. A construção da rede iniciada com a desinstitucionalização passa por um período que precisa ser fortalecida, já que seus inúmeros serviços encontram-se atuantes sem ainda conseguir uma comunicação eficaz entre eles. Podemos até apontar que apesar de buscar a criação de uma rede, o que encontramos atualmente são vários serviços para atendimento dos diferentes níveis de complexidade e diversas situações em saúde mental, cada qual com o seu objetivo, mas que não garante a continuidade da assistência iniciada em outro serviço pelo simples fato de não saber o que foi ou está sendo desenvolvido na assistência do PTM.

A qualificação profissional para o desenvolvimento da assistência ao PTM é uma preocupação das equipes, necessitando do apoio na busca de conhecimentos. Nesse ponto a participação dos gestores também torna-se importante, devendo a equipe conquistar um espaço para isso junto a eles, trabalhando para sensibiliza-los a possibilitar que seus profissionais se aperfeiçoem. Contudo, para mim ficou evidente que enquanto alguns profissionais realmente acreditam que seu aperfeiçoamento profissional contribuirá para a assistência ao PTM, outros encontram nisso um motivo de justificar a falta de ações, uma vez que esse aperfeiçoamento não é apenas proveniente dos serviços e sim da necessidade sentida pelo profissional que impulsiona a procura por conhecimentos novos. Se essa necessidade é sentida e não resulta na aquisição de conhecimento é porque o profissional assume uma postura passiva, esperando que toda e qualquer forma de capacitação seja oferecida pelo serviço, não percebendo que é seu papel desenvolver uma assistência de qualidade pautada em conhecimentos atualizados e sólidos.

É importante salientar que foi gratificante ouvir das equipes o reconhecimento da necessidade de cuidar da família do PTM. Essa visão de família como objeto de cuidado tem estado presente na ESF, já que faz parte do seu modo de assistência. Contudo, no cuidado ao PTM, a família era vista como coadjuvante e

parceira da equipe para o sucesso de suas ações, não sendo considerada a busca por manter essa família saudável. Nesse momento de assistência ao PTM na comunidade, a ESF vem com sua lógica de atuação proporcionar a família o cuidado esperado, sendo resultado da observação dos profissionais das situações que indicam sua intervenção. Assistir a família e seu membro com transtorno mental faz a família sentir-se protegida e amparada, possibilitando uma maior atuação da equipe junto a ela e ao PTM.

A existência de uma atuação conjunta do CAPS e ESF, mesmo que em fase de iniciação, foi uma surpresa agradável para mim, pois enquanto estive atuando nesta área sentia uma precisão de que isso ocorresse, mas que no período era algo muito distante da realidade. Essa informação de uma das equipes participantes, que apresentou os benefícios gerados na assistência, demonstra que os serviços de atenção em saúde mental começam a identificar a necessidade de serem parceiros nas atividades desenvolvidas, optando por trabalharem de maneira integrada. Levanto, ainda, mais uma motivação para essa atuação conjunta: a mudança de concepção dos profissionais que trabalham nos serviços especializados em saúde mental. Nesses locais, apesar de serem regidos pela lógica de desinstitucionalização, ainda existem profissionais com uma visão parcial deste modelo, com práticas que são remetidas ao período anterior à reforma psiquiátrica. Contudo, ao assumirem que fazem parte de uma rede e se propor a apoiar na consolidação desta, bem como na construção de conhecimentos da ESF nessa área, vemos que há uma apropriação dos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção básica.

Esperamos que este seja apenas o início da integração entre os serviços de saúde mental, devendo estar cada vez mais presente na ESF o apoio de profissionais especializados, como busca-se com a lógica do matriciamento. Com isso, além de percebermos a conscientização dos profissionais que participam desse trabalho em conjunto, podemos observar o apoio dos gestores para que essas ações sejam proporcionadas, reconhecendo a necessidade presente e proporcionando meios de qualificar os profissionais no cuidado ao PTM,

Diante do apresentado, temos a certeza que avanços consideráveis na assistência ao PTM surgirão, já que muitos estão sendo reinseridos na sociedade, de volta ao convívio com a família, comunidade e profissionais da atenção básica. Sabemos que por várias vezes houve uma assistência com falhas e ações

desencontradas, principalmente no momento de transição dos modelos de atenção a saúde mental. É interessante observar que apesar de todos esses problemas iniciais, houve profissionais, PTM e familiares que não desistiram do desejo de ver o PTM ser entendido como um indivíduo comum, com uma doença como tantas outras que necessita de cuidados. Pelo desejo e perseverança destes é que hoje sentimos esse avanço significativo apresentado pelas equipes neste estudo. E são esses fatores que devem ser o combustível para a superação de muitas dificuldades ainda existentes, como apontadas pelos profissionais durante o grupo focal.

Ao final deste trabalho fica a sensação de uma contribuição para as equipes já no momento da discussão e de muitas outras que virão como resultados das reflexões iniciadas naquele momento. Fica também, uma resposta positiva as minhas indagações, por observar que muitas ações estão sendo desenvolvidas em todos os momentos da permanência do PTM na comunidade, que corresponde ao acompanhamento e estabilidade do quadro, aos momentos de crise e nas ações de promoção e prevenção em saúde mental, cabendo agora investigar junto as famílias se essas ações correspondem as esperadas, podendo assim, consolidar a assistência ao PTM que encontra-se em nosso convívio.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D.N. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Texto apresentado em simpósio no V Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial; Abril; Roterdã: Holanda; 1996.
- AMARANTE, P. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BARBOSA, A.P.L. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza (CE): UECE, 2001.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da oficina de trabalho para discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. 18p. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/PSF.htm>>. Acesso em: 14 out. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002*. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. *Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental*:

*Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos*. Relator Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Brasília, DF, 2005b. 40p. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de atenção Básica. Programa saúde da Família. Atenção Básica e a Saúde da Família. Consolidado Histórico de Cobertura de Saúde da Família, ano 2008. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)>. Acesso em: 30 de setembro de 2009a.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Assistência a Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Situação de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSbr.def>>. Acesso em: 30 de setembro de 2009b.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Hospitalar do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/cxuf.def>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2010a.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. Hospitalar-Leitos de internação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintpr.def>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2010b.

BRÊDA, M.Z.; ROSA, W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino-americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.450-2, mai-jun. 2005.

CAVALHERI, S. C. *Mesa Redonda: Importância da Família na saúde Mental – Acolhimento e Orientação à Família*. 2005. Disponível em <<http://www.sppc.med.br>> Acesso em: 25 de Agosto de 2008.

DANESE, M.C.F. *O usuário de psicofármaco num Programa de Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos*. 1998. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

FOSTER, P.; KING J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service. Part I. *Hosp Community Psychiatry*. v. 45, p. 867-9, 1994.

FRANCO, MSP. *Equipe atuante do programa saúde da família: conceitos e possibilidades de assistência em saúde mental*. 2006. 98p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

GASTAL F.L. et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v.29, n.1, p.119-29. 2007.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, S.E.; KANTORSK, L.P.; HECK, R.M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do Programa Saúde da Família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. *Família Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.5, n.2, p.93-102, mai./ago. 2003.

HILLARD, J.R. The past and the future of psychiatric emergency. *Hosp Community Psychiatry*, v.45, p. 541-3, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *IBGE Cidades@* [programa na Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 11 de jul. 2008

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa em saúde*. 2ª ed. Santa Maria: Pallotti, 2002.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORGAN, D. *Focus group as qualitative research*. Qualitative Research Methods Series. London: Sage Publications, 1997.

OGATA, M.N.; FUREGATO, A.R.F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, p.67-70, 2003.

OLIVEIRA, J. et al. *(Im)Previdência Social: 60 anos de historia da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, J. A. *Querer ficar, querer sair: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de Saúde Mental*. 2007. 115p. Dissertação (Mestrado) – PUCSP, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001. p. 198-201.

PAIM, J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.5, p.143-6, 2001.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Lei 11.189/PR, de 9 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. *Diário Oficial do Estado do Paraná*. Curitiba, PR, nov. 1995.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Historia, Ciência e Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.11, n.2, jan-maio/ago. 2004.

PEREIRA, M.A.O. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.1, n.4, p.567-72, 2007.

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA et al., N. R.(org.). *Cidadania e loucura — políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco. p. 60-1, 1997.

RODRIGUES, M.P. et al. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, 2008.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO M.S. Identidade e formação profissional do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.229-236, 2003.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. Práticas e crenças do médico de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.190-197, 2004.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, 2008.

RONZANI, T.M; STRALEN, C.J.V. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v.6, n. 2, p.99-107, 2003.

ROSA, W.A.G. *A contribuição da Saúde Mental para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família – PSF*. 2002, 129p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2002.

ROSA, W.A.G. *Limites e possibilidades de inserção da Estratégia Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental*. 2007, 163f. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, p.230-5, 2003.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.16, n.3, p.1027-34, nov-dez. 2005.

SAMPAIO, J.J. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. 1988. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1988.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, p.13-18, 2001.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, Suplemento, p.203-11, 2002.

SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.4, p.391-5, jul-ago, 2007.

SOUZA, H.M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica – SPS/MS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.53, n.1, p.7-16, 2000.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992.

VIANA, A.L.D.A.; DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 225-64, 1998.

WAIDMAN, M.A.P.; JOUCLAS, V.M.G.; STEFANELLI, M.C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira.. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.1, n.1, p. 103-106, 2002.

WAIDMAN, M.A.P. et al. Promover a vida: uma modalidade de cuidado a saúde na família e na comunidade. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.12, n.3. p.332-341, jul/set. 2003.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**CARACTERIZAÇÃO DOS INTEGRANTES DO GRUPO FOCAL**

1. IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

2. IDADE: \_\_\_\_\_

3. SEXO: \_\_\_\_\_

4. GRAU DE ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

5. FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

6. PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

7. ÁREA: \_\_\_\_\_

8. MICROAREA: \_\_\_\_\_

9. TEMPO NA PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

10. TEMPO NA EQUIPE: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL**

1 – Como a equipe de ESF acompanha os indivíduos com transtorno mental e suas famílias?

- há atividades específicas?
- quais ações são desenvolvidas?

2 - Em quais ações desenvolvidas a ESF percebe que estão cuidando do PTM e da família deste?

3 - O que significa para ESF cuidar do PTM?

4 – O que interfere no desenvolvimento dessas ações?

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Jéssica dos Santos Pini, enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá – Mestrado em Enfermagem, estou desenvolvendo uma pesquisa junto aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Maringá, com o objetivo de investigar como a equipe de ESF cuida dos portadores de transtorno mental que residem em sua área de abrangência.

Para isso, gostaria de solicitar a sua colaboração em participar do estudo, autorizando a gravação das discussões do grupo focal, para posterior transcrição e análise. Sua participação é voluntária e é importante ressaltar que poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso tenha qualquer consequência negativa pra você.

Asseguro que todas as informações fornecidas no estudo serão utilizadas apenas para trabalhos de caráter científico e publicações, com absoluto sigilo de sua identidade, ou seja, a divulgação das informações enfatizará o conteúdo relatado e não a identidade do entrevistado. Informo que não haverá riscos, danos ou custos de qualquer natureza caso concorde em participar do estudo, assim como não receberá pagamento pela participação. Esta pesquisa está de acordo com as exigências de Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Em caso de dúvida, reclamação ou denúncia, procure a pesquisadora pelos telefones (44) 3029-6288 ou (44) 9944-2283 ou pessoalmente na Secretaria Municipal de Saúde - Centro de Informação em Saúde (CIS), ou a orientadora da pesquisa, Prof. Dra Maria Angélica Pagliarini Waidman pelo telefone (44) 3261-4318 da UEM.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido, entendido as informações e esclarecido as minhas duvidas referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar desta pesquisa.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistador: Jéssica dos Santos Pini. Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0024.0.093.000-07

PARECER Nº. 110/2007

Pesquisador(a) Responsável: Maria Angélica Pagliarini Waidman	
Centro/Departamento: Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: A saúde mental na atenção básica	
<p>Considerações:</p> <p>O presente Projeto estava pendente por não ter especificado a fonte financiadora dos custos do estudo.</p> <p>A pesquisadora encaminha esclarecimento que foi solicitado financiamento junto à Fundação Araucária, e, caso não obtenha êxito nesta solicitação, o custeio do projeto será pelo Núcleo de Pesquisa (NEPAAFI), da qual a autora faz parte.</p> <p>Parecer - Aprovado</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 27/04/2007	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/04/2009	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 132ª reunião do COPEP em 27/04/2007.	 PROF. DR. Idêa Harumi Higaraishi Presidente do COPEP

**ANEXO B**  
**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



CECAPS – CENTRO DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
CECAPS/SESA/OFFÍCIO N.º 1043/2006

*Maringá, 12 de maio de 2006.*

Sra.  
*Maria Angélica Pagliarini Waidman*

*Informamos que a solicitação para desenvolver a pesquisa “A saúde mental na atenção básica: perspectiva e intervenção”, foi autorizada, podendo agendar o horário com as Diretoras das UBSs: NIS II Pinheiros, NIS II Guaiapó-Requião, NIS II Iguaçu, NIS II Universo, NIS II Iguatemi, NIS II Maringá Velho, NIS II Floriano, NIS II Industrial, NIS II Mandacaru, NIS II Ney Braga, NIS II Vila Esperança, NIS II Grevilhas, NIS II Morangueira, NIS II Tuiuti, NIS II Zona Sul, NIS II Cidade Alta, NIS II Internorte, NIS II Vila Operária, NIS II Alvorada III, NIS II Quebec e NIS II Parigot Souza, conforme disponibilidade do serviço.*

*Solicitamos que após a conclusão do trabalho seja enviada uma cópia ao CECAPS.*

*Atenciosamente,*

*Rosane Aparecida Dalge Paixão*  
COORDENADORA DO CECAPS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
MARINGÁ - PARANÁ

---

*Rosane Aparecida Dalge Paixão*  
Assessora do CECAPS