

OPINIÕES DA EQUIPE E USUÁRIOS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NUM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mariko Koga¹

Antonia Regina Ferreira Furegato²

Jair Lício Ferreira Santos³

Objetivou-se conhecer a atenção à saúde mental num Programa de Saúde da Família (PSF). Foram entrevistados 142 sujeitos (18 enfermeiras, 78 agentes, 17 pacientes e 29 familiares). Na coleta de dados, utilizou-se a Escala de Opinião sobre Atenção à Saúde Mental, com 25 afirmativas sobre assistência, orientação da equipe do PSF e benefícios desse Programa. Os escores totais demonstraram maior diferença entre os agentes e demais grupos. Entre as enfermeiras encontra-se o menor desvio e entre os pacientes a maior variabilidade nas respostas. Destaca-se maior eficácia no agendamento das consultas. Evidenciou-se incoerência entre opiniões dos sujeitos quanto às orientações dos profissionais.

DESCRITORES: programa saúde da família; enfermagem psiquiátrica; escalas

OPINIONS OF THE STAFF AND USERS ABOUT THE QUALITY OF THE MENTAL HEALTH CARE DELIVERED AT A FAMILY HEALTH PROGRAM

Authors aimed at learning about the mental health care provided at a Family Health Program. 142 subjects were interviewed (18 nurses, 78 agents, 17 patients and 29 family members). In order to collect data, authors used the Scale of Opinion on Mental Health Care with 25 statements on the care, orientation by the members of the Program of Family Health team and the benefits of this Program. The total scores showed a difference between the agents and other groups. Among nurses, they found the shorter deviation and among the patients the greater variability in the responses. They emphasize the need for efficacy in arranging the appointments. Authors found a lack of coherence among the opinions of the subjects regarding the professionals' orientations.

DESCRIPTORS: family health program; psychiatric nursing; scales

OPINIONES DEL EQUIPO Y USUARIOS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN UN PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMÍLIA

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer la atención a la salud mental en un Programa de Salud de la Familia. Fueron entrevistados 142 sujetos (18 enfermeras, 78 agentes, 17 pacientes y 29 familiares). Para la colecta de datos se utilizó la Escala de Opinión sobre Atención a la Salud Mental con 25 afirmaciones sobre asistencia, orientación del equipo del PSF y beneficios de este Programa. Los escores totales demostraron mayor diferencia entre los agentes y demás grupos. Entre las enfermeras se encontrará el menor desvio y entre los pacientes la mayor variabilidad en las respuestas. Destaque mayor para la eficaz manera de marcar las consultas. Hubieron evidencias de incoerencia entre las opiniones de los sujetos cuanto a las orientaciones de los profesionales.

DESCRIPTORES: programa salud de la familia; enfermería psiquiátrica; escalas

¹ Doutor em Enfermagem, docente da Universidade Estadual de Maringá, e-mail: maryparana77@hotmail.com; ² Professor Titular da Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: furegato@eerp.usp.br; ³ Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

INTRODUÇÃO

Apesar da influência dos princípios da reforma psiquiátrica, no Brasil ainda se convive com o sistema asilar de atendimento.

A implantação gradativa da psiquiatria ética e responsável visa promover a saúde mental, identificar e tratar adequadamente os casos de adoecimento e cuidar da reabilitação dos crônicos, através de novos aparatos (hospital dia, internação em hospital geral, ambulatório, CAPS, NAPS, pensões) e de profissionais competentes e identificados com essa nova proposta.

Quando se verificam esses contrastes pensa-se que decorreram muitas décadas para que o movimento da reforma se tornasse uma realidade e fizesse parte do novo sistema de saúde, adotando concepções preventivistas, substituindo o tratamento asilar pelo aberto, fomentando a oferta de atendimento ético e respeitoso ao portador de transtorno psiquiátrico. Conseqüentemente, convive-se com outra maneira de distribuição do orçamento do Ministério da Saúde assim como dos municípios brasileiros.

Atualmente, a presença do doente mental em sua residência é uma realidade, seja pelos critérios que dificultam internações aleatórias, seja pela existência de ambulatórios, NAPS e CAPS que possibilitam os tratamentos, evitando internações desnecessárias. Além disso, os tratamentos com medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais facilitam a adesão dos pacientes aos tratamentos e sua inserção social.

Dentro de casa, entretanto, como tem sido a convivência dos familiares com o portador de transtorno mental que não fica mais confinado no manicômio?

As enfermeiras Koga e Furegato pesquisaram o convívio dos esquizofrênicos com seus familiares e concluíram que o familiar convive com sobrecarga financeira assim como em suas rotinas domésticas e em forma de doença física e/ou emocional. Esse estudo foi replicado encontrando-se vários fatores de sobrecarga com alterações pessoais, nas interações familiares e sociais⁽¹⁾. Em outro estudo⁽²⁾, encontrou-se evidências de que os familiares se adaptam e se reorganizam para acolher a pessoa adoecida e minimizar os danos.

Além dos reflexos positivos da reforma psiquiátrica⁽³⁾, atualmente se depara com mais uma

situação favorável, qual seja, a criação dos Programas de Saúde da Família (PSF).

A municipalização da gestão e de controle social da saúde incentiva a expansão das ações extra-hospitalares, estabelece como prioridade a organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu espaço social, como foco da atenção à saúde, inclusive com repasse financeiro diferenciado e garantido, por meio da adoção, pelos municípios, do PACS e do PSF⁽⁴⁾.

As unidades básicas do PSF devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Enquanto docentes, está-se diante de vários confrontos com a realidade, ou seja, mais uma vez, da prática se colhe material abundante para o ensino e do ensino se retorna à prática com a experiência e a crítica. Os pólos de capacitação atrelados às universidades delineiam esse objetivo, o fomento das discussões. No discurso, procura-se eliminar a dicotomia mente/corpo.

A implantação do PSF no Município de Maringá, PR, com 57 equipes de saúde da família em 24 Unidades Básicas de Saúde, nos leva a indagar se o doente mental e seu familiar vem recebendo algum tipo de atendimento ou de orientação após a implantação dessa estratégia de assistência à saúde da população.

OBJETIVO

Conhecer e analisar a atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família de Maringá, PR, através da opinião de enfermeiras, agentes comunitários, assim como de pacientes psiquiátricos e seus familiares.

METODOLOGIA

Contexto do estudo

Município de Maringá, noroeste do Paraná, com 288465000 habitantes, é pólo da 15ª Regional de Saúde com 30 municípios e gestão plena do SUS. A rede municipal é constituída por 20 Unidades de

Saúde (US), uma Unidade Mista, uma Unidade de Pronto Atendimento (24 horas) e o Hospital Municipal. Tem 57 equipes do Programa de Saúde da Família.

Sujeitos

Dentro das 20 Unidades de Saúde, 18 enfermeiras do PSF aceitaram fazer parte do estudo. Os 78 agentes comunitários eram membros das equipes dessas 18 enfermeiras que indicaram 17 doentes mentais e 29 familiares, totalizando 142 sujeitos.

Instrumentos

Foi construído um instrumento com 25 afirmativas, focalizando a assistência, a orientação feita pelas equipes dos PSF e os benefícios desse atendimento.

Trata-se da Escala de Opinião sobre a Atenção à Saúde Mental no PSF (EOASM/PSF) do tipo Likert, segundo estudos de escalas psicométricas e questionários. Para cada afirmativa havia 5 opções: Sim, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Não.

O instrumento EOASM/PSF é introduzido com questões de Identificação do Sujeito e Informações Contextuais sobre doença mental.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética (COPEP) e cada sujeito, devidamente informado, concordou e assinou o Termo de Consentimento.

Coleta dos dados

Foram entrevistadas as enfermeiras e os agentes que, estando de acordo, responderam os testes na presença das pesquisadoras.

Solicitou-se ao agente que indicasse um portador de doença mental com comportamentos típicos (ansiedade, depressão, agressividade, incoerência, atitudes estranhas) e/ou uso de medicações psicotrópicas (observar tarja preta), excluindo-se usuário de álcool e drogas. Indicaram também um familiar (de preferência, o cuidador).

No domicílio, foram lidas as questões e afirmativas tanto para o portador como para o familiar. Os formulários foram preenchidos pelas pesquisadoras.

Procedimentos de análise

Os dados, tratados estatisticamente através do teste de Kruskal-Wallis, permitiram comparar as opiniões das enfermeiras, dos agentes, dos pacientes e dos familiares.

A análise das diferenças e fragilidades da atenção à saúde mental pelas equipes do PSF teve como suporte teórico a literatura sobre o Programa de Saúde da Família, da Reforma Psiquiátrica e os conhecimentos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 142 sujeitos, sendo 18 enfermeiras, 78 agentes comunitários, 17 pacientes psiquiátricos, 29 familiares de pacientes.

As 18 enfermeiras tinham idade entre 25 e 47 anos, formadas em sua maioria (72%) pela Universidade Estadual de Maringá. Dos 78 agentes comunitários, com idade entre 20 e 56 anos, só 2 tinham nível superior e 34 tinham o segundo grau completo. A idade dos familiares variou de 20 a 74 anos, sendo predominantemente mulheres (83%) e escolaridade variando entre analfabetos (31%) e curso superior (6%). Dos 17 pacientes com idade entre 21 e 70 anos, 9 eram mulheres e só 3 tinham estudo acima do primeiro grau.

Resultados gerais dos testes

Os escores totais em cada grupo indicaram maior diferença entre as respostas dos agentes e os demais grupos, onde familiares e enfermeiros estão com valores praticamente iguais. Entre as enfermeiras, encontra-se o menor desvio, ou seja, a maior homogeneidade de respostas e entre os pacientes a maior variabilidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Médias dos escores totais e desvios padrão dos 4 grupos de sujeitos

| Sujeitos | Média | Desvio |
|------------|-------|--------|
| Enfermeira | 66,1 | 10,8 |
| Agente | 56,9 | 13,3 |
| Familiar | 66,4 | 14,7 |
| Paciente | 64,8 | 15,3 |

O teste de Kruskal-Wallis para comparar grupos independentes apresentou o valor observado do qui-quadrado de 13,64. Com três graus de liberdade, a probabilidade de ocorrência de valores iguais ou maiores foi de 0,0034, donde se conclui que os escores variaram significativamente entre os grupos.

Os agentes destacaram-se dos outros. Quanto às respostas das enfermeiras há homogeneidade, fato que se credita à formação específica a que são submetidas na graduação. Entre os pacientes há maior dispersão, talvez como decorrência da sintomatologia da doença.

Face a esses resultados (com $p < 0,0034$) que indicam que os escores variam significativamente, entre os grupos, optou-se por analisar separadamente a resposta dada por cada grupo de sujeitos do estudo.

Análise comparativa das respostas por grupo de sujeitos

As somas das respostas de cada grupo de sujeitos e suas freqüências nas 5 opções (Sim, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Não) foram analisadas para cada uma das 25 afirmativas. Destacam-se abaixo as diferenças mais significativas, analisadas com suporte da literatura.

- Atendimentos solicitados à equipe do PSF

A maioria dos profissionais assinalou que atendeu os clientes e esses que foram atendidos quando houve necessidade da ajuda da equipe do PSF.

Presenciou-se nas UBS, o acesso livre que os clientes possuem ao solicitarem atenção das equipes. Eles têm sido atendidos prontamente, o que constata a acessibilidade ao PSF, algo que já era esperado.

- Orientação sobre os efeitos dos medicamentos

As responsabilidades da enfermeira em relação aos clientes que recebem medicamentos psicotrópicos são numerosas. O uso dos psicofármacos mudou radicalmente o tratamento do doente mental, quer no âmbito hospitalar, quer fora dele⁽⁵⁾. O uso desses tornou possível, para algumas famílias, manter seus parentes em casa, bem como indivíduos doentes puderam recuperar seus empregos e sua vida produtiva dentro da comunidade.

Quando o paciente inicia um tratamento com medicação psicotrópica, a enfermeira tem a

responsabilidade de monitorar suas respostas fisiológicas e demais reações. Para tanto, deve dominar os conhecimentos sobre a indicação para seu uso e os efeitos desejados, os efeitos colaterais, os efeitos adversos ou tóxicos e as contra-indicações. Deve ter conhecimento da conduta adequada e dos cuidados necessários para cada caso.

É importante que o enfermeiro ajude o paciente a perceber-se como um participante ativo nesse processo, assumindo a responsabilidade pela efetivação do seu tratamento.

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos 4 grupos de sujeitos quanto às orientações sobre efeitos dos medicamentos psiquiátricos

| Efeitos dos medicamentos | Enfermeira | | Agente | | Familiar | | Paciente | |
|--------------------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sim | 4 | 22,2 | 22 | 28,6 | 3 | 10,3 | 1 | 6,7 |
| Frequentemente | 1 | 5,6 | 8 | 10,4 | - | - | 1 | 6,7 |
| Às vezes | 8 | 44,4 | 8 | 10,4 | 2 | 6,9 | - | - |
| Raramente | 3 | 16,7 | 3 | 3,9 | - | - | - | - |
| Não | 2 | 11,1 | 36 | 46,8 | 24 | 82,8 | 13 | 86,7 |
| Total | 18 | 100,0 | 77 | 100,0 | 29 | 100,0 | 15 | 100,0 |

Branco = Agente 1, Paciente 2

Na Tabela 2, observa-se que familiares, pacientes e agentes assinalaram que não concordaram que estão sendo orientados, quanto aos efeitos dos medicamentos. Esse é um forte indicativo de que os agentes não estão preparados para prestarem esse tipo de esclarecimento e que a clientela não está sendo orientada quanto à utilização dos medicamentos psiquiátricos pela Equipe do PSF. Entre os profissionais preparados para oferecer tal cuidado, estão o enfermeiro e o médico. Dentre as equipes entrevistadas, todas contavam com uma enfermeira, mas nem todas com o profissional médico. Algumas enfermeiras (8 do total de 18 entrevistadas) responderam que, às vezes, orientam a respeito dos efeitos esperados e efeitos colaterais dos medicamentos psiquiátricos.

- Esclarecimentos aos familiares dos doentes mentais

Entre a clientela do PSF, a maioria respondeu que não recebe esclarecimentos sobre a convivência com a doença mental. Houve disparidade nas respostas. Poucas enfermeiras assinalaram que orientam sempre (11,1%), ou frequentemente (27,8%). Essa proporção foi de 50% entre os agentes. A deficiência no atendimento é percebida pelos familiares (72,4%) como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos 4 grupos de sujeitos quanto às orientações da equipe do PSF aos familiares

| Orientações aos familiares | Enfermeira | | Agente | | Familiar | | Paciente | |
|----------------------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sim | 2 | 11,1 | 33 | 42,3 | 5 | 17,2 | 5 | 31,3 |
| Freqüentemente | 5 | 27,8 | 6 | 7,7 | 2 | 6,9 | - | - |
| As vezes | 4 | 22,2 | 19 | 24,4 | - | - | 1 | 6,3 |
| Raramente | 6 | 33,3 | 4 | 5,1 | 1 | 3,5 | - | - |
| Não | 1 | 5,6 | 16 | 20,5 | 21 | 72,4 | 10 | 62,5 |
| Total | 18 | 100,0 | 78 | 100,0 | 29 | 100,0 | 16 | 100,0 |

Branco = Paciente 1

Os poucos esclarecimentos prestados não têm sido importantes para promover mudanças no comportamento dos familiares com respeito à melhora na convivência com o doente mental. Da mesma forma, pouco tem aumentado o senso de responsabilidade e a participação ativa dos portadores de transtorno mental pois continua alto o índice de abandono dos tratamentos (medicamentosos e psicoterápicos) e alto índice de reinternações como referem estudos da área⁽⁶⁻⁷⁾.

- Conceito de tratamento para a doença mental - internação

O hospital psiquiátrico ainda existe para absorver uma população de não cidadãos, com utilização de técnicas que "deveriam" levar à recuperação da saúde e para a socialização. Além disso, serve de proteção para a sociedade e para servir de custódia para pessoas improdutivas.

Em nosso meio, a porta aberta do hospital psiquiátrico não é sem propósito. Ocorre porque quanto maior é o número de pacientes, maior é a quantidade de diárias (AIHs), configurando maior lucro para a instituição e para determinados profissionais, cujo recebimento depende ainda do número de pacientes atendidos. Essa estrutura do sistema dificulta as intenções reformistas e o acesso aos serviços de internação daqueles que se apresentam com manifestações agudas da doença.

No Brasil, antes mesmo da Lei nº 10.216/2001, já estava em pauta a discussão sobre a desinstitucionalização do doente mental. Não construindo hospitais e diminuindo o número de leitos psiquiátricos opta-se por outras formas de tratamento para os enfermos mentais. A hospitalização passa a ter o objetivo de tratamento especializado, específico e de curto prazo⁽⁸⁾.

A desconstrução do aparato manicomial e das maneiras de pensar e agir na psiquiatria sugerem a construção de idéias e de inovações sobre o cuidado ao doente mental. Sugerem ainda a desconstrução do aparato manicomial interno, inserido em cada

profissional tal como o enfermeiro que aprendeu e cuidava do doente mental apenas dentro de instituições fechadas⁽⁹⁾.

Diante das determinações do Ministério da Saúde que dá diretrizes para atendimento a doentes mentais não apenas em sanatórios, mas nos CAPS, ambulatorios e hospitais gerais, era de se esperar que os entrevistados assinalassem que o tratamento da doença mental não pode restringir-se ao internamento. Entretanto, os resultados mostraram que, por volta de 70% dos enfermeiros, ainda não estão bem certos sobre a importância dos demais tratamentos.

A oferta de serviços alternativos na comunidade, substituindo a hospitalização, apesar de imprescindível para o processo de desospitalização e para dar legitimidade ao modelo de desinstitucionalização, está aos poucos constituindo-se em realidade. Ainda se observa altas de pacientes seguidas de sucessivas reinternações no mesmo ou em outros hospitais (revolving door) assim como a falta de preparo do paciente, da família e dos profissionais da saúde.

- O PSF facilita o agendamento de consultas

A resposta dos grupos variou, mas a maioria dos agentes (60,9%), familiares (75%) e pacientes (70,6%) concordam que a implantação do Programa de Saúde da família facilitou a marcação de consulta na UBS. Diferentemente, apenas 44,4% dos enfermeiros concordam com essa afirmativa. Alguns familiares afirmaram que realmente houve melhora significativa quanto a esse aspecto, visto que não necessitavam se dirigir à UBS de madrugada para marcarem consulta. Esse tem sido considerado um dos efeitos mais visíveis com a implantação do PSF em Maringá.

- A necessidade de internações e sua relação com o PSF

A clientela estava acostumada com internações em caso de surto da doença mental e outras situações de perturbação ou agressividade, ou melhor, a porta do hospital psiquiátrico mantinha-se aberta à internação. Em decorrência da Portaria 224/92, gradativamente, o número de leitos e o tempo de permanência do doente no hospital vem diminuindo. Essa condição está refletida nas respostas expostas na Tabela 4. Resoluções de tal natureza ganharam força com a aprovação da Lei n. 10.216/2001, que propõe a gradativa diminuição dos leitos e a criação de outras alternativas terapêuticas, estimulando internações criteriosas.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos 4 grupos de sujeitos quanto a outros recursos de ajuda no PSF

| Recursos de Ajuda | Enfermeira | | Agente | | Familiar | | Paciente | |
|-------------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sim | 3 | 16,7 | 38 | 52,8 | 6 | 20,7 | 3 | 18,8 |
| Freqüentemente | 2 | 11,1 | 2 | 2,8 | 1 | 3,4 | - | - |
| As vezes | 5 | 27,8 | 12 | 16,7 | 3 | 10,3 | - | - |
| Raramente | 2 | 11,1 | 2 | 2,8 | - | - | - | - |
| Não | 6 | 33,3 | 18 | 25,0 | 19 | 65,5 | 13 | 81,3 |
| Total | 18 | 100,0 | 72 | 100,0 | 29 | 100,0 | 16 | 100,0 |

Branco = Agente 6, Paciente 1

As enfermeiras, em 43,8%, afirmaram que o número de internações não diminuiu, 40,6% dos agentes assinalaram que diminuiu e a mesma quantidade de pessoas assinalou que não diminuiu. O portador de doença mental e seu familiar afirmaram que houve diminuição das internações (88,9% e 73,7%, respectivamente). Essa diferença de opinião estaria revelando desconhecimento dos profissionais?

A legislação que rege os tratamentos de transtornos mentais está em meio a grande transformação, sendo lentamente introduzida no país. Como consequência, pode ser observada a redução em 25% do número de hospitais psiquiátricos desde 1981⁽¹⁰⁾.

A diminuição do número de leitos psiquiátricos aponta para a necessidade de consolidação de nova abordagem interdisciplinar na assistência à saúde mental. Essa vem sendo implantada nos NAPS E CAPS (Núcleos ou Centros de Assistência Psicossocial) e ambulatórios criados no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Coordenadorias de Saúde Mental dos Estados e Municípios, como propostas de substituição progressiva do tratamento manicomial por alternativas que demonstrem maior eficácia e menos custo social.

É também freqüente a inclusão de leitos em hospitais gerais e a criação de hospitais dia, além de serviços de urgência integrados ao sistema de saúde em diversas localidades do país.

Aos pacientes crônicos e sem possibilidade de retorno às suas famílias de origem, há programas de ressocialização progressiva com diversas opções, incluindo os lares abrigados e pensões protegidas⁽¹¹⁾.

A internação psiquiátrica fica restrita aos casos graves que necessitam da reclusão temporária e da intervenção medicamentosa intensa para revertê-los e controlá-los. Devem contar com serviços modernos e eficientes com equipes especializadas e imbuídas do ideal de eficiência no menor tempo possível para que o indivíduo volte ao convívio com os seus e continue participando ativamente da sua comunidade.

- Apoio religioso

Nas respostas observa-se que há uma diferença equilibrada entre aqueles que concordam e os que discordam que a internação era utilizada como único recurso antes do PSF, para o tratamento do doente mental. Vale questionar quais seriam esses outros recursos. Seria algo relacionado com a religiosidade?

Apesar de se estar no século XXI, verifica-se ainda muito envolvimento com o misticismo, quando se trata de doença mental.

O alto índice de procura de pacientes psiquiátricos por ajuda religiosa num PSF, em cidade do interior de São Paulo, mostra que as dificuldades em lidar com o sofrimento decorrente da doença mental, as dificuldades com os serviços de saúde, a espera de uma solução milagrosa e o ambiente da oferta de serviços religiosos fazem parte desse quadro. Na tentativa de reequilíbrio individual e de seu grupo de origem, o sujeito caminha entre domínios distintos e diferentes poderes: médico e religioso⁽¹²⁾.

É uma forma de transferir responsabilidades e de apoiar-se em algo mais forte do que a natureza humana. Nesse sentido, os serviços de saúde e os religiosos, através de seus modos de condução específicos, oferecem os elementos que cada pessoa necessita para responder aos seus anseios.

Essa mesma fragilidade deve ser objeto de atenção da equipe de saúde, pois a busca pelo milagre de alívio do sofrimento e a presença de delírios místicos podem confundir ao invés de ajudar o portador de transtorno e seu familiar.

- Sobrecarga familiar e necessidade de apoio e orientação

Mesmo não tendo especificado o tipo, todos os grupos concordaram que a doença mental constitui sobrecarga para os familiares.

Destacam-se três tipos principais de sobrecargas que se impõem à família, pela convivência com a doença mental em um dos seus membros, por mais de cinco anos: 1) sobrecarga financeira, 2) sobrecarga nas rotinas familiares e 3) sobrecarga em forma de doenças físicas ou emocionais⁽¹⁾.

Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana com os seus doentes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas⁽¹³⁾.

Está-se num momento de escuta de sofrimentos, carências, desejos, possibilidades e saberes sobre o que as pessoas esperam dos profissionais e do sistema. A atenção agora é para que o psiquiatra não seja um normatizador, regulador, segregador da loucura (papel que soube interpretar tão bem, desde o nascimento da psiquiatria). A “desconstrução” do conceito de loucura e dos tratamentos está em processo⁽¹⁴⁾.

O Programa de Saúde da Família – PSF (2001) tem ocupado lugar importante no contexto do atual sistema de saúde. É definido como uma estratégia que privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido até o idoso, os sadios ou doentes de forma integral e contínua. A atenção volta-se para a família, entendida a partir de seu ambiente físico e social.

Um dos motivos que dificulta a expansão do Programa é a noção de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada. Entretanto, o programa pode alargar-se e estabelecer bom grau de integração com os demais programas, incluindo a saúde mental.

Além disso, a consolidação do PSF exige a superação de várias dificuldades tais como composição e manutenção das equipes profissionais,

assim como a mudança da referência. Entretanto, a mais difícil superação é a substituição do ideário⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos resultados deste estudo verificou-se que a maior diferença de opinião sobre atenção à saúde mental no PSF encontra-se entre os escores dos agentes e os demais grupos, estando os enfermeiros e os familiares com valores muito próximos. A maior variabilidade de respostas está entre os pacientes e a maior homogeneidade entre as enfermeiras.

Destaca-se o aumento da eficácia no agendamento de consultas e a quase unanimidade sobre a importância das equipes do PSF.

Ficou evidente a incoerência entre as opiniões dos sujeitos quanto às orientações dos profissionais em relação aos tratamentos medicamentosos e a maneira como os portadores de transtorno mental os utilizam.

Esses resultados permitem sugerir a necessidade de maior preparo dos profissionais, tendo em vista a importância do PSF e da reforma psiquiátrica, enfatizando a realização de trabalho conjunto, contando com a dinamicidade própria da academia assim como da associação dos familiares dos doentes mentais e as equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koga M, Furegato ARF. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde/UEM* 2002; 1(1):75-9.
2. Furegato ARF, Santos OS, Nieves AF, Silva EC. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto & Contexto Enfermagem* 2002; 11(3):51-6.
3. Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J Bras Psiquiatr.* 1994; 43(1):19-28.
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
5. Rolim MA. Os cuidados de enfermagem no tratamento farmacológico dos transtornos mentais no Brasil. In: Organização Mundial da Saúde. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos. Rio de Janeiro (RJ): OMS; 1997. p. 93-100.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPAS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en identificación y manejo de los trastornos afectivos. *Generalista I*; Washington (DC): 1999.
7. Pitta AMF. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. *Rev Ciên Saúde Coletiva* 2000; 5(1):24-7.
8. Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Portaria GM nº 106. Dispõe sobre serviços residenciais terapêuticos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
9. Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e fazer da enfermagem psiquiátrica. In: Jorge MSB, Silva MV, Oliveira FB, organizadoras. *Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo (SP): Lemos; 2000. p. 93-116.
10. Stingel A, Lengruber V. A interação dos psicofármacos com outras formas de tratamento dos transtornos mentais no Brasil. In: Organização Mundial da Saúde - O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos. Rio de Janeiro (RJ): OMS; 1997. p. 71-86.
11. Scatena MCM. Reabilitação psicossocial: lares abrigados. In: Contel JBO, organizador VIII Ciclo de Estudos em Saúde Mental. Multidisciplinaridade e reforma - temas, práticas e políticas em saúde mental. Ribeirão Preto (SP): São Francisco; 2000.
12. Danese MCF, Furegato ARF. O usuário de psicofármacos num programa de saúde da família e suas representações sobre os serviços religiosos. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):70-6.

13. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras; 2001.
14. Basaglia F, coordenador. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1985.
15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.