



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Dos Santos Pini, Jéssica; Pagliarini Waidman, Maria Angélica
Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno
mental

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 2, abril, 2012, pp. 372-379

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033316015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental*

FACTORS AFFECTING THE INTERVENTIONS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM TOWARDS INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LAS ACCIONES DEL EQUIPO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA AL AFECTADO DE TRANSTORNO MENTAL

Jéssica dos Santos Pini¹, Maria Angélica Pagliarini Waidman²

RESUMO

Estudo qualitativo com equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Maringá - PR que visou conhecer os fatores que interferem nas ações ao portador de transtorno mental. Os dados foram coletados através da metodologia do grupo focal e submetidos à análise de conteúdo. Foram citadas questões pessoais, profissionais e relacionadas à estruturação do serviço, tais como sentimentos negativos, despreparo profissional e priorização de ações curativas. Na rede de saúde mental há os critérios para atendimento, a referência e contra-referência deficiente e a atividade matricial. Na realização das ações encontrou-se o vínculo, a falta de envolvimento da família, a recusa da atuação da equipe e a baixa adesão à terapêutica. Foram detectados poucos fatores que contribuem para as ações enquanto muitos as dificultam, contudo, identificá-los permite que as equipes trabalhem para fortalecer a assistência em saúde mental.

DESCRIPTORES

Transtornos mentais
Programa Saúde da Família
Serviços de Saúde Mental
Atenção Primária à Saúde
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

This qualitative study was performed with Family Health Strategy teams in Maringá - PR. The objective of the study was to identify the factors that affect interventions provided to individuals with mental disorders. Data were collected through focal groups and were subjected to content analysis. Participants reported personal and professional issues related to the structure of the service, such as negative feelings, lack of professional skills, and a prioritization towards curative interventions. The mental healthcare network establishes criteria for assistance, deficient reference and counter-reference and the matrix activity. Factors affecting the interventions included attachment, lack of family involvement, lack of team participation and poor patient adherence. It was found that few factors contributed to the interventions while many were viewed as hindrances; however, by identifying these factors, the teams can work to improve mental health care.

DESCRIPTORS

Mental disorders
Family Health Program
Mental Health Services
Primary Health Care
Psychiatric nursing

RESUMEN

Estudio cualitativo con equipos de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Maringá-PR-Brasil, objetivando conocer los factores que interfieren en las acciones al afectado por transtorno mental. Los datos fueron recolectados por metodología de grupo focal, y sometidos a análisis de contenido. Fueron citadas cuestiones personales, profesionales y de estructuración del servicio como percepciones negativas, falta de preparación profesional y priorización de acciones curativas. En la red de salud mental existen los criterios de atención, la referencia y contra-referencia deficiente y la actividad matricial. En la realización de las acciones, se encontró el vínculo, la falta de participación familiar, la denegación de la actuación del equipo y la baja adhesión terapéutica. Se detectaron pocos factores que contribuyan con las acciones, aunque muchos que las dificultan. De todos modos, identificarlos permite a los equipos trabajar para fortalecer la atención en salud mental.

DESCRIPTORES

Trastornos mentales
Programa de Salud Familiar
Servicios de Salud Mental
Atención Primaria de Salud
Enfermería psiquiátrica

* Extraído da dissertação "Saúde mental na atenção básica: atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2009. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. jessica_pini@hotmail.com ² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. angelicawaidman@hotmail.com

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) à comunidade⁽¹⁾. Sua consolidação ocorreu 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⁽²⁾.

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

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, definido em 1997 como Estratégia Saúde da Família (ESF) e apresentado como ferramenta de mudança das concepções de atuação profissional⁽⁴⁾. Ambos buscam constituir novas tecnologias para melhorar a qualidade de vida e se convergem na busca em romper com o modelo médico hegemônico, no desafio de tomar a família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, no planejamento e execução de ações num determinado território e na promoção da cidadania/participação comunitária⁽⁵⁾.

Deste modo, cabe a ESF assistir integralmente os indivíduos e famílias, desenvolvendo ações para as necessidades de ordem mental, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e acompanhamento dos PTM e suas famílias nas ações básicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de todos⁽⁶⁾.

Sabemos que as equipes da ESF estão se organizando para assistir os portadores de transtornos mentais (PTM) e suas famílias e que, como em outras áreas, encontram dificuldades e contribuições. Enquanto os fatores contribuintes 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 o que contribui.

OBJETIVO

Este trabalho busca evidenciar os fatores de contribuição ou de dificuldade apontados pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento da assistência ao portador de transtorno mental/família.

MÉTODO

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⁽⁷⁾.

Para selecionar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde o estudo foi desenvolvido, utilizamos uma listagem da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá com os dados de 2005, último ano com essa informação disponível, contendo as UBS que mais encaminharam indivíduos ao setor de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (EP-HMM) e as que tinham em sua população maior número de indivíduos cadastrados no Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM). O serviço de EP-HMM é o local de atendimento dos portadores de transtornos mentais (PTM) no momento das crises o CISAM é o serviço que realiza a dispensação de medicamentos e o acompanhamento especializado para os transtornos mentais. Isso nos permitiu escolher as UBS que tem em sua área de abrangência o maior número de PTM que utilizam os serviços citados o que nos leva a inferir que as equipes 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 com 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 caracterizar os participantes, iniciando a exploração do foco de estudo através de um roteiro abordando as questões de investigação deste projeto. Após esse momento não foi permitido a entrada de novos participantes. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo⁽⁸⁾.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, com o parecer 110/2007, como parte do projeto *A Saúde Mental na Atenção Básica: Perspectivas e Intervenção* realizado neste município. Foi liberado também pelo Centro de Capacitação de Profissionais de Saúde, responsável pela permissão de estudos nos serviços da Secretaria de Saúde de Maringá. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido 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 e apontaram fatores que dificultam ou que contribuem para a assistência ao PTM, apresentando mais os primeiros. Foram citados fatores advindos do campo profissional, pessoal, de serviços e comunidade, 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

Considera-se, neste estudo, que as dificuldades pessoais de cada indivíduo são decorrentes de seus conceitos, preconceitos e experiências anteriores, que influenciam em várias áreas da vida e ocasionam diferentes aceitações em assistir o PTM. As questões profissionais são provenientes da trajetória e da formação/conhecimento na área de atuação. A estruturação do serviço engloba as condições para o trabalho, sendo físicas ou de organização.

Os profissionais informaram que há diferenciação na afinidade para lidar com os PTM e suas famílias, sendo que alguns apresentaram menor disposição para 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 (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 a situação se repita. Foram referidos, ainda, os sentimentos gerados pelo imaginário popular, por informações de outras pessoas e trocas de experiências, e pelo preconceito enraizado na sociedade. Estes são provenientes de concepções herdadas do período de institucionalização, em que o indivíduo 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 o profissional se depara com determinados comportamentos, já que ainda há a crença de que tenham descontrole súbito, com atitudes violentas e agressivas. A possibilidade de viver essas situações e o compartilhamento de experiências vividas por pessoas próximas resultam e fortalecem o medo⁽⁹⁾.

A falta de conhecimento também foi apontada pelos grupos como dificuldade no desenvolver das ações. Não conhecer sobre aquilo em 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, e 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).

Observa-se 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⁽¹⁰⁾, o aperfeiçoamento profissional foi apontado como critério importante para que uma equipe seja boa em sua atuação.

A limitação de conhecimento identificada pelas equipes pode originar da pouca atualização após a formação profissional e das modificações na assistência devido às transformações sociais e novos modelos de atenção à saúde, fatores presentes na assistência em saúde mental. Vale destacar que os profissionais que estão trabalhando 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.

Assim, torna-se indispensável o acesso a novos conhecimentos, além dos adquiridos na formação profissional, através de cursos e incentivos. A educação permanente passa a ser o instrumento para que os profissionais desenvolvam uma assistência em saúde mental de acordo com as mudanças que estão ocorrendo no âmbito da saúde pública, já que a ESF configura-se, atualmente, como porta de entrada no atendimento ao PTM e sua família. É preciso que ela esteja preparada para o aumento da complexidade dos casos sob sua responsabilidade, uma vez que a desinstitucionalização traz o doente mental para

atendimento na atenção básica em vez de hospitalizá-lo, resultando numa inversão do modelo existente, onde os casos mais complexos estariam afastados desta, responsável apenas pela baixa complexidade.

Ainda de acordo com a fala acima e demais discussões percebe-se um déficit na educação continuada/permanente. É importante que os serviços de saúde considerem a necessidade do aperfeiçoamento profissional, pois este interfere significativamente no atendimento da população. Contudo, o profissional deve ter consciência de que, além do empregador fornecer condições, deve ser sua responsabilidade a procura por adquirir e aprofundar conhecimentos, cabendo a ambos trabalharem juntos nesta busca.

Outra situação apontada é a condição de trabalho da equipe, que muitas vezes não permite o desenvolvimento da assistência voltada 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 funcionária da ESF que fica na farmácia, faz acolhimento, faz medicação. Eu faço prevenção, puericultura, grupo de hipertenso e diabético, consulta de gestante, reunião de equipe, cadastro 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 (prevenção e promoção da saúde). A gente tem idéias boas e boa vontade, mas não pode fechar pra realizar atividades fora (Equipe 01).

Neste caso citado, foram descritas as dificuldades em desenvolver, na unidade de ESF, todas as atividades esperadas de uma UBS, já que conta apenas com a equipe. Verifica-se nos profissionais a busca por uma produção baseada na visão curativa da assistência, priorizando as atividades que acordam com essa visão em detrimento das atividades de prevenção e promoção.

Contudo, é preciso que reflitam 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. Para que a promoção da saúde aconteça, a equipe da ESF deverá trabalhar a mudança de valores e atitude de seus profissionais e se empenhar na educação em saúde, buscando despertar na população a habilidade do cuidado consigo, com a família e comunidade⁽¹¹⁾.

Os fatores provenientes da rede de atenção a saúde mental

Foram apontados fatores provenientes dos serviços de referência, para onde os PTM são encaminhados na crise ou para acompanhamento especializado, e dos serviços de suporte pré-hospitalar, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsáveis pelo transporte ao serviço de emergência psiquiátrica.

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 série de critérios também, que não é fácil (Equipe 01).

É interessante observar nessa fala que os profissionais identificaram como dificuldade a normatização do transporte do PTM em crise. Devido a preferência pela hospitalização, herdada do período manicomial, foi necessário que os serviços de suporte pré-hospitalar adotassem critérios, como a presença de sintomas e alteração de comportamento, para realizar o transporte aos serviços de emergência quando não há consentimento do PTM. Essa medida visa a proteção do indivíduo e a redução das hospitalizações ou encaminhamentos por vontade de terceiros, sem real necessidade.

Foi evidenciado, nas discussões, que as equipes encontram dificuldades em utilizar o serviço de suporte pré-hospitalar para encaminhar o portador de transtorno mental ao atendimento emergencial, quando este não apresenta os critérios exigidos para o transporte, mesmo após uma avaliação coerente da equipe que aponte esta intervenção como necessária. A recusa de alguns serviços da rede de atenção a saúde mental em dar continuidade às decisões da ESF sugere que a análise das necessidades do PTM feita por esta é incorreta, podendo resultar na desconfiança da comunidade em relação a atuação destes profissionais.

Esse conflito entre os critérios de cada serviço é de difícil compreensão da população e familiares, sendo que estes, frequentemente, encontram-se ansiosos e confusos no momento que se percebem em meio às divergências, polêmicas e argumentações entre profissionais da saúde. Para amenizar esta situação, a equipe deve oferecer atenção e orientações as famílias que convivem com a doença mental, principalmente no que se refere a doença, suas particularidades, necessidades e modo de cuidar⁽¹²⁾.

Ao mesmo tempo que os critérios dos serviços da rede foram apontados como dificultadores da assistência ao PTM, a inexistência deles, em algumas situações, foi indicada como prejudicial para o desenvolvimento das ações.

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

Destaca-se nesta fala a não obrigatoriedade do familiar comparecer a alguns serviços, dificultando o acesso da equipe a informação. Foi apontado que, na maioria dos casos, a família acompanha o PTM apenas quando solicitado, sendo poucas as que percebem essa necessidade e sua contribuição na terapêutica. Assim, se não é exigência do serviço que participem das consultas especializadas, os

familiares acham irrelevante sua presença, pois acreditam *que se fosse necessário, mandavam chamar*. Deste modo, fica restrita a poucos a presença da família nos serviços que não apresentam essa obrigatoriedade.

Observa-se que a participação do familiar no acompanhamento do PTM é considerada uma ponte para o acesso a informações, já que é por meio desta que as condutas e orientações fornecidas pelos outros serviços de assistência chegam ao conhecimento da ESF. É importante que a ação e o planejamento das diferentes equipes da rede de assistência em saúde mental ocorram conjuntamente e envolvam a família, o que cria e fortalece o vínculo com ela, com o PTM e entre as equipes, facilitando a comunicação e a troca de informações⁽¹³⁾.

Outra situação apontada como dificuldade para assistir o PTM é a contra-referência dos indivíduos encaminhados aos demais serviços, quando recebem alta ou têm suas consultas especializadas espaçadas, necessitando de acompanhamento da atenção básica.

Às vezes é dado alta do CISAM para os PTM serem acompanhados aqui, ou então continuam com consultas intercaladas com as da UBS. Só que não trazem informações do problema e medicação. Eles chegam querendo uma receita, continuidade de tratamento, mas sem nenhuma comprovação do que usa. No CAPS o problema é a informação de quem está fazendo acompanhamento, atividades e consulta. A gente sabe pelos outros, 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 toma, como vai continuar o tratamento. E demora muito pra chegar. Às vezes o endereço informado não é aquele, ou não diz o bloco ou o apartamento. No psiquiátrico (hospital de longa permanência) é pior, não existe essa contra-referência quando o paciente tem alta (Equipe 01).

Percebe-se que os serviços de acompanhamento especializado, atendimento emergencial e internação psiquiátrica ainda não informam à UBS quem são os indivíduos assistidos, como é desenvolvido o tratamento e quais as necessidades existentes. Essa falta de informação e integração resulta numa deficiência das ações, visto que a equipe não é orientada sobre o que é necessário executar nem quais ações são importantes para acompanhar o PTM na ESF. Também destaca-se o desinteresse dos serviços em desenvolver a contra-referência quando é apontada a existência de dados errados para identificar e assistir o PTM/família.

Dentre tantas dificuldades encontradas na rede de assistência, os profissionais identificaram um fator contribuinte ao desenvolver ações em saúde mental: trata-se das ações que realizam com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), usufruído por uma das equipes enquanto a outra desconhecia esse trabalho. O apoio do CAPS ocorre através de reuniões com os profissionais das

UBS, 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 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 gente e sugerem o que pode ser feito pra melhorar. Assim conseguimos aprender mais, a gente tem contato com quem sabe e se sente mais segura. Também sabemos quem procurar quando precisa (Equipe 02).

Apesar de não ser uma equipe matricial, percebe-se que os profissionais do CAPS, que participam 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. Na saúde mental, busca a consistência das intervenções nesta área através de discussões ou ações conjuntas, aumentando a capacidade de resolução da ESF e ofertando assistência integral aos indivíduos⁽¹⁴⁾.

Identifica-se na fala do grupo a tranquilidade de sentir-se respaldado para executar ações em saúde mental. O fato de discutir idéias e maneiras de assistir com aqueles que consideram ser detentores do saber nesta área faz com que, gradativamente, os profissionais adquiram segurança para desenvolver modos de cuidar. A presença daqueles que lidam, cotidianamente, com os PTM e suas famílias resulta na aquisição do conhecimento necessário para implementar a assistência, estimulando a ESF a confiar nas decisões que tomam e solicitar cada vez menos o apoio do CAPS.

A realização das ações: interferências inerentes a assistência ao PTM

Nesta categoria as equipes identificaram as dificuldades e os fatores que contribuem para a assistência. Encontrar fatores contribuintes ao assistir denota a conquista do espaço da ESF, com aceitação do PTM, dos familiares e comunidade. A contribuição apontada é a existência de vínculo entre indivíduos e profissionais, objetivado em muitas atividades cotidianas destes e com interferência em suas ações.

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, juntamente com a discussão dos grupos, percebe-se que o PTM que estabelece o vín-

culo com a equipe permite maior atuação desta e se compromete em responder de modo a não decepcioná-la. 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 intensificando-o cada vez mais.

A qualificação dos profissionais e a organização da equipe são necessárias para criar e fortalecer o vínculo, tendo como resultado a aproximação entre serviço e usuário, pois este se sente acolhido, respeitado e com maior possibilidade de participar das ações na comunidade⁽¹⁵⁾.

É importante, então, que os profissionais assumam uma postura que não fragilize o vínculo existente e nem dificulte o estabelecimento deste, pois são poucos os fatores que contribuem para a assistência ao PTM dentre os demais.

Algumas questões provenientes da assistência em saúde mental também foram apontadas como dificuldades, sendo primeiramente citadas aquelas relacionadas a responsabilização e apoio das famílias no desenvolver das ações. Percebe-se que isto aflige os profissionais, já que conceituam o familiar como cuidador nato dos PTM e esperam que eles se envolvam de modo singular no seu cuidado.

É difícil quando não tem responsabilização familiar, 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. (...) 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 participam do acompanhamento dos PTM e, conseqüentemente, não fornecem informações para a ESF pautar suas ações. Para que se envolvam no cuidado ao indivíduo doente, é necessário que conheçam sobre a doença e suas particularidades.

Deste modo, é fundamental que a equipe trabalhe a responsabilização da família, através de orientações sobre as necessidades existentes e a contribuição do seu envolvimento na manutenção do quadro. O familiar que percebe essas vantagens provindas de seu envolvimento encontra razões para buscar conhecer sobre o que não lhe era importante, sentindo-se parte da estratégia de cuidado e se engajando 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 ela tem a dizer, mesmo que sejam informações iniciais pouco significativas para o desenvolvimento das ações. Acredita-se que assisti-la 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

É a família que determina mudanças na condição de saúde do portador, tanto para melhor quanto para pior. Assim, reconhecê-la com foco do cuidado torna-se um grande desafio para os profissionais, que devem identificar suas dificuldades e potencialidades e estabelecer metas e objetivos para atendê-las no âmbito das suas necessidades⁽¹⁶⁾. Na atenção aos familiares dos PTM é importante compreender que suas aflições podem ser resolvidas de modo simples, bastando, muitas vezes, uma simples orientação para tranquilizá-los e aliviá-los.

Refletindo a falta de conhecimento da família sobre a doença e suas implicações, os profissionais identificaram a dificuldade em lidar com ela nos casos de cronicidade da doença.

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 nos receber. Aham que a pessoa vem mais nervosa, mais estressada, mais difícil de lidar (Equipe 02).

A família passa a rejeitar as ações da ESF por julgar ser falha dos serviços as situações esperadas devido a patologia ou estágio em que a doença se encontra. Nas discussões, os profissionais evidenciaram que essa reação, provavelmente, é fruto de uma esperança de resolução diferente da realidade, ou seja, ocorre quando as mudanças desejadas frente a um encaminhamento a outros serviços, como a cura ou melhora significativa do quadro, não acontecem. Assim, ao considerar a equipe como responsável por uma assistência sem os resultados esperados, os familiares recusam ou dificultam outras ações desenvolvidas por ela. Com a reflexão produzida, o grupo percebeu que é necessário orientar os familiares sobre os motivos do encaminhamento e o que devem esperar no retorno do PTM, para que não existam expectativas que não possam ser atingidas e, assim, não decepcioná-los com os serviços desenvolvidos.

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

Foi apresentado nas discussões que, enquanto algumas famílias entendem a importância de manter o PTM sob seus cuidados, outras ainda querem a internação. Essa diferenciação foi explicada pelos profissionais como a existência de menor ou maior envolvimento e comprometimento no cuidado. A participação dos familiares e a reinserção social 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⁽⁹⁾.

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais é a baixa adesão às ações destinadas ao PTM devido a cronicidade do quadro ou rebeldia às orientações fornecidas. Nesses casos, a assistência não surte efeito pela pouca aceitação encontrada.

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).

Verifica-se que a resistência dos PTM interfere singularmente na assistência da ESF, tornando-se importante que esta desenvolva meios para melhorar a adesão às suas orientações, diminuindo a resistência ao uso de medicamento e acompanhamento. Para isso, é necessário que os profissionais procurem conhecer os motivos apontados para justificar a recusa dessas ações e desenvolva argumentos sinceros e alternativas eficazes para revertê-los.

Características sociodemográficas, clínicas (diagnóstico e tratamento), psicopatológicas e interativas podem interferir no abandono e não-adesão dos tratamentos em saúde mental. Isto sugere a necessidade de abordagens diferenciadas para subgrupos de indivíduos com características específicas como forma de buscar a adesão destes ao tratamento indicado⁽¹⁷⁾.

O fato dos profissionais não conhecerem ou saberem lidar com a cronicidade do PTM também gera falha nas ações, já que, por vezes, tendem a não se empenharem na sua assistência por apontar como falta de cooperação destes o que condiz com o quadro de cronicidade.

CONCLUSÃO

É perceptível a existência de fatores que interferem nas ações em saúde mental provenientes de vários campos e que acabam por influenciar significativamente a assistência ao PTM e a sua família. O fato das equipes identificarem esses fatores as torna aptas para buscar meios de atenuar ou eliminar as dificuldades e consolidar as contribuições.

Ao discutir as dificuldades que envolvem a assistência ao PTM, os profissionais conseguem apontar com preci-

são 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, abandonando a concepção de que são de responsabilidade exterior à equipe.

Em meio a reconstrução do modelo de assistência e baseado na desinstitucionalização do PTM, compete a equipe desenvolver meios de enfrentar as dificuldades e consolidar os fatores contribuintes. Um modo de interferir nas dificuldades, às quais foi destinado parte significativa das discussões dos grupos focais e, consequentemente, deste estudo, é a realização de um trabalho em conjunto dos profissionais, gestores e comunidade, cada qual atuando naquelas que produzem, com a pretensão de torná-las menos interferentes nas ações que a ESF precisa desenvolver junto ao PTM. Podemos apontar o fornecimento de informações sobre os transtornos mentais para a comunidade, a capacitação técnica dos profissionais, a identificação dos serviços como parte de uma rede de assistência em saúde e ação em conjunto destes, com apoio de profissionais especializados, como alternativas para a diminuição das dificuldades.

É interessante observar que os fatores contribuintes foram apontados poucas vezes, mas que se apresentam com grande impacto na assistência, devendo ser aproveitadas pelas equipes no desenvolver de suas ações.

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. Essas ações tornam-se estritamente indispensáveis uma vez que está ocorrendo a modificação na complexidade da atenção ao PTM que se encontra na comunidade, pois a atenção básica está assumindo um cuidado antes próprio dos serviços especializados.

Essa modificação demanda, além de ações eficientes, a participação da ESF em uma rede que ainda encontra-se em construção e a reformulação de seu modo de pensar a saúde mental e seus conceitos sobre o portador de transtornos mentais e o cuidado que necessita, devendo culminar na consolidação da assistência na atenção básica, principalmente pela Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2002. Brasília; 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; 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. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas – OPAS [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 mar. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

4. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2033-42.
5. 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.
6. Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti; 2001.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
8. 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.
9. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.
10. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2133-43.
11. Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2006;5 Supl:107-12.
12. Zambenedetti G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde Soc*. 2009;18(2):334-45.
13. 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.
14. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 July 15]; 43(2):358-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a15v43n2.pdf
15. Botti ML, Leite GB, Prado MF, Waidman MAP, Marcon SS. Convivência e percepção do cuidador familiar ao portador de HIV/Aids. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(3):400-5.
16. Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVD. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):16-22.