

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO IDEAL PARA A ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS DE DOENTES MENTAIS*

THE FAMILY HEALTH PROGRAM AS AN IDEAL MODEL OF CARE
FOR FAMILIES OF MENTALLY-ILL PATIENTS

EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA, COMO IDEAL
PARA LA ATENCIÓN A LAS FAMILIES DE ENFERMOS MENTALES

*Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury***

*Sueli Aparecida Frari Galera****

* Trabalho vinculado à dissertação de mestrado da primeira autora, sob auxílio do CNPq.

** Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP, Professora Assistente da Universidade Paulista – UNIP, Campus Bauru. Rua: Lincoln Queiroz Orsini, 3-25. Jardim Europa, Bauru-SP. CEP: 17017-370. (14) 32243552 camilamrc@uol.com.br.

*** Enfermeira, Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP.

RESUMO: Atualmente, a estratégia Saúde da Família tem sido priorizada em diversos municípios brasileiros. Este artigo traz uma reflexão sobre a temática família e doença mental no Programa Saúde da Família (PSF), destacando as possibilidades de atenção da equipe do PSF às famílias com membros portadores de doença mental. Procurou-se destacar em quais aspectos a instituição PSF é ideal para incluir o doente mental na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Relações profissional-família; Transtornos mentais; Programa saúde da família.

ABSTRACT: At present, the Family Health strategy has been considered priority in various Brazilian's cities. This article brings a reflection on issue family and mental illness in the Family Health Program (FHP), highlighting the FHP team's possibilities in takes care of families with mental illness person. We tried to emphasize the aspects on what the FHP are ideal to include the mentally-ill patient into the community.

KEYWORDS: Professional-family relations; Mental disorders; Family health program.

RESUMEN: Actualmente, la estrategia Salud de la Familia ha sido priorizada en diversos municipios brasileños. Este artículo reflexiona acerca de la temática familia y enfermedad mental en el Programa Salud de la Familia (PSF), destacando las posibilidades de atención del equipo del PSF a las familias con miembros afectados por de una enfermedad mental. Buscamos destacar en cuales aspectos la institución PSF es ideal para incluir el enfermo mental en la comunidad.

PALABRAS-CLAVE: Relaciones profesional-familia; Trastornos mentales; Programa salud de la familia.

Recebido em: 20/08/2003

Aceito em: 28/11/2003

Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury

Rua Lincoln Queiroz Orsini, 325

17017-370 - Bauru - SP

E-mail: camilamrc@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O lançamento do PACS, em 1991, surge na tentativa de enfrentar os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro, vinculando indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde.¹

As primeiras diretrizes do PACS e PSF foram concebidas em 1993 entre secretarias estaduais, municipais, consultores nacionais e internacionais, em atenção primária da UNICEF e incorporadas por técnicos do PACS de regiões brasileiras com experiência acumulada, porém, somente foram divulgadas em 1994.

Considerado como uma das maiores prioridades do Ministério da Saúde, o PSF faz parte de uma estratégia que visa recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário, no sentido de reordenação do modelo assistencial em saúde e de consolidação do SUS.²

Parte integrante da reorganização do SUS e da municipalização, o PSF mantido por um convênio entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, deve ser implantado, a priori, nas áreas de risco, onde os indicadores de morbimortalidade demonstram preocupação.

A dinâmica proposta para a estruturação dos serviços de saúde envolve a sua relação com a comunidade e os diversos níveis de complexidade assistencial.

A estratégia do PSF *“assume o compromisso de prestar uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio(...).”*^{2,25}

O PSF valoriza os princípios de territorialização, vínculo com a população, trabalho em equipe e participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário.^{1,2,3}

Importado pelo meio urbano do meio rural do nordeste brasileiro, o PSF passou a ser implantado nos grandes centros urbanos e a agenda de trabalho

se alterou rapidamente. Desafios gerados pela realidade urbana requerem uma ação intersetorial mais efetiva, aparecem situações de abuso de álcool e drogas, violência intrafamiliar, inclusão do doente mental, entre outras, surgindo assim uma nova agenda básica de trabalho.¹

A reorganização das práticas em saúde pautadas na estratégia do PSF refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços, o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e ainda, o acompanhamento aos serviços de referência, se necessário.⁴

No PSF, as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe. Esse estreitamento do relacionamento entre profissionais envolvidos e a comunidade atendida, favorece a humanização das práticas de saúde e pode promover a satisfação do usuário.⁵

Composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), a equipe busca o usuário em seu habitat. Inicialmente as famílias são cadastradas e posteriormente atendidas conforme necessidades levantadas e não só por demanda espontânea (atendidas ou referenciadas de outro PSF). Embora a demanda espontânea esteja presente no cotidiano do profissional do PSF.

O objetivo deste trabalho é apontar aspectos que indicam a possibilidade do PSF tornar-se também um elemento que pode contribuir com a assistência ao portador de doença mental e sua família.

A PROXIMIDADE DA EQUIPE DO PSF E OS DESAFIOS DA ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS COM DOENTES MENTAIS

As reformas e propostas de atenção nos níveis preventivos e promotores de saúde desencadearam o aumento da demanda nos atendimentos em diversas clínicas, em especial a psiquiatria. As

propostas de desinstitucionalização e a conseqüente inclusão do conceito de saúde mental colocaram na ordem o dia a necessidade de se integrar este aspecto na avaliação das famílias que compõem uma determinada comunidade, proporcionando ações com uma perspectiva integral e reabilitadora.

A família como foco de atenção passou a ser valorizada, o PSF reorganizou a saúde a partir dessa visão, e as condições de saúde passaram a ser quantificadas e relatadas de forma sistemática ao Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Como integrante desses relatórios, podemos contar com a ficha A (formulário de cadastramento das famílias atendidas pelo PSF). Nesta ficha, consta uma sigla correspondente às algumas particularidades dos indivíduos, sendo elas: ALC (alcoolismo); CHA (chagas); DIA (diabetes); HA (hipertensão arterial); GES (gestação); HAN (hanseníase); TB (tuberculose); DEF (deficiência); EPI (epilepsia) e DME (distúrbio mental).

Por conter siglas referentes aos grupos especiais, o reconhecimento das famílias com problemas passíveis de uma atuação mais efetiva, torna-se mais fácil.

O aspecto limitante, é que somente a sigla referente aos distúrbios mentais não pode ser cadastrada no SIAB (sistema de informação de atenção básica), por não conter um espaço específico para sua notificação junto a esse sistema. Dificultando o levantamento do número de famílias com portadores de doença mental atendidos nas áreas de cobertura pelo PSF.

Os dados de saúde mental deverão ser incorporados nos sistemas de informação existentes para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.⁶

Outro ponto a acrescentar sobre as dificuldades no atendimento aos portadores de enfermidade psíquica e sua família, se refere à característica da equipe.

As equipes devem ser compostas majoritariamente por profissionais generalistas, sendo

a minoria com especializações diversas ou em saúde da família, o propósito dessa composição é facilitar uma visão e atenção o mais abrangente possível, voltada para a saúde como um todo e não em especificidades. Diversos estudos salientam que os profissionais não estão bem preparados para o trabalho em saúde da família, indicando que a formação /capacitação é deficiente nesta área. Por outro lado, ainda nos indica que a articulação entre o PSF e serviços especializados é necessária.^{7,8}

No PSF não é possível passar os casos, apesar de ser possível encaminhar pessoas para tratamentos mais complexos. Esses pacientes moram no mesmo bairro, assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os profissionais nem sempre estão preparados.⁵

Recomenda-se que as escolas de formação de profissionais na área de saúde (ensino médio e superior), incluam nos seus currículos, conteúdos relacionados às temáticas de internalização da atenção primária à saúde bem como a estratégia de saúde da família.⁹

Assim, seria prudente haver incentivo às Universidades para que formem profissionais, privilegiando a formação generalista, inserindo nos currículos dos profissionais de saúde e afins a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, estendendo também às escola técnicas, conselhos e à sociedade.⁶ Nós acreditamos que é importante ensinar sobre como abordar a família como unidade do cuidado.

Sobre a capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF), é necessário normalizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes do PACS e PSF. O ideal é que esta capacitação ocorra em parceria entre as Universidades e órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação

social, abordagem da família) e relativos à humanização das práticas, quanto aqueles relacionados à mudança de concepção sobre os temas comunidade e sofrimento psíquico.⁶

O relato das experiências de Rosa e Labate reforçou a necessidade de oferecer melhor preparo aos profissionais para que eles saibam lidar com pessoas com doença mental. A formação baseada no paradigma médico-biológico de doença deve ser mudada, basicamente para redefinir o objetivo da prática do seu trabalho, agora pautada nos princípios da reabilitação psicossocial e suporte às famílias.¹⁰ Principalmente quando estas não estão preparadas para aceitar o membro enfermo,¹¹ e quando encontram dificuldades na convivência do egresso.¹²

O conhecimento dos integrantes da equipe e a aproximação favorecida pelo PSF contribuem para o reconhecimento da rede de apoio que os familiares têm, além de funcionar como tal. Servindo também de apoio na articulação das necessidades do doente.

A literatura oficial do programa orienta que a equipe deve participar junto às famílias com doença mental, em relação a orientações quanto ao uso de medicações, identificando precocemente as alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro. O acompanhamento medicamentoso dos indivíduos fora do quadro agudo e discussão com a sua família e seu meio sobre sua nova inserção, pode romper ou minimizar o estigma existente sobre tais transtornos.³ Além disso, para portadores de esquizofrenia que tiveram o primeiro surto, recomenda-se fortemente seu vínculo com o sistema social mais amplo e menos com o sistema de saúde mental especializado (onde têm crônicos).¹¹

Pensando sobre as ações acima citadas, destacamos a importância da inclusão social, para atuação nos demais fatores. Artigos que envolvem a inserção do doente mental na família e comunidade, descreveram a possibilidade de abertura de um novo modelo de assistência, um modelo mais centrado na família como unidade do cuidado, como a menor unidade de uma comunidade.

É importante preparar a comunidade para aprender a cuidar do doente quando ele voltar para casa, possibilitando a não perda do vínculo com a sociedade. Essa preparação serve de suporte, inclusive, para as altas-licença, já que serve como um “ensaio” de como as relações serão estabelecidas e mantidas após alta.¹³

Os autores acima citados referem que a comunidade poderá cuidar do portador de transtorno mental criando condições para a assistência na comunidade, buscando ajuda no hospital, dividindo responsabilidades e acolhendo, inclusive a família que convive com o portador de doença mental.

Em um estudo realizado com mães de portadores de esquizofrenia, foi identificada a necessidade de inclusão da família nos programas e serviços de saúde, com o objetivo de desenrolar a convivência com a doença.¹⁴ No entanto, é necessário que esse acompanhamento consiga suprir tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos.

A avaliação da aplicabilidade e utilidade de uma intervenção de enfermagem com enfoque na família como unidade sistêmica de cuidado, mostrou as seguintes necessidades das famílias estudadas: identificar problemas que põe em risco a saúde mental dos grupos, soluções comunitárias e na própria família, fortalecendo seus membros. Além disso, as famílias relataram conhecer melhor o profissional de saúde, identificando-o como um recurso em meio à multiplicidade de pessoas que compõem um serviço.¹⁵

Reflexões sobre estratégias de cuidado que minimizam ou facilitam a reinserção do doente mental na família e comunidade, evidenciam as dificuldades na convivência enfrentadas pelas famílias, e as possibilidades de atenção a partir do desenvolvimento de atividades de assistência que oferecem suporte e apoio, através da relação terapêutica. Esta prática destaca que é possível manter o doente mental por maior tempo no domicílio e conseqüentemente a redução dos conflitos familiares e dos problemas decorrentes da reinserção social.¹²

Estes problemas e conflitos referem-se ao ponto de vista do doente. No entanto, a sobrecarga do cuidador, algumas vezes, ainda passa despercebida, acarretando na piora dos problemas intrafamiliares, pois nem sempre o cuidador tem com quem dividir a carga. E há ainda, os que dividem a carga com o sistema de saúde através da internação, por meio do conhecido fenômeno da "porta giratória" (o paciente passa um tempo com a família e um tempo no hospital).

Se não bastassem as internações, muitas famílias buscam alternativas para minimizar os problemas de convivência com seus membros doentes. A experiência enquanto enfermeira do PSF de uma das autoras do presente trabalho confirma as dificuldades das equipes em lidar com sofrimento humano, principalmente em relação às famílias com portadores de doença mental. Várias limitações pessoais e administrativas contribuem para que isso ocorra.

O estigma é o principal entrave pessoal quando a doença mental está em questão. Além disso, muitos colegas de trabalho queixam-se de não serem bem preparados na graduação e até mesmo em pós-graduações para lidar com os problemas psíquicos do outro, gerando uma ansiedade e afastamento do problema. Se os profissionais sentem essa dificuldade, imaginemos os auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os profissionais da saúde bucal.

Certa vez, uma colega enfermeira disse estar com as mãos atadas diante de uma família que deixava seu membro em um quarto nos fundos da casa, amarrado com correntes nos pés, vivendo em um ambiente onde a sujeira prevalecia. No município o paciente era conhecido como perigoso; ninguém, além de sua mãe mantinha contato com ele, apesar de se aproximar somente para o oferecimento de comida. A família procurava o serviço de saúde quando queria interná-lo, mas nem sempre autorizava a visita dos ACS e profissionais.

O cotidiano dos profissionais do PSF é bastante trabalhoso, dividindo-se em aspectos administrativos e

assistenciais. Nem sempre há um tempo disponível para grupos de estudos e debates sobre novas formas de tratamento e assistência a grupos específicos, como é o caso dos doentes mentais.

Outra limitação administrativa envolve o SIAB, programa no qual poderia funcionar, também, como uma organização da população atendida nos aspectos que dizem respeito aos problemas de saúde das famílias, é uma realidade distante de ser atingida. Através do SIAB não conseguimos quantificar o número de famílias com doenças e condições referidas, além de não fornecer dados relativos ao número de doentes mentais, pois estes sequer têm onde ser registrados. Enfim, estes foram alguns dos vários limites do SIAB, certamente, muitos profissionais que têm interesses em algumas áreas especificamente, devam relacionar muitos outros.

CONCLUSÃO

Observamos que a literatura oficial propõe o PSF como ideal para assistir as populações de risco (usuária do serviço público de saúde), e que dentro desta concepção, a inclusão da família do doente mental é uma consequência.

O contexto exige um profissional generalista ou com especialização em Saúde da Família, porém este não está disponível em número suficiente no mercado.

O especialista traz consigo uma idéia sobre doença mental, família, saúde, que vem sendo construído dentro de um modelo biomédico e individualista de saúde-doença. É provável que estes atores façam adaptações e ajustes em suas concepções sobre a temática, com o objetivo de assistir da melhor forma possível esta clientela. No entanto, a qualidade da assistência nem sempre estará garantida, se não avaliarmos as intervenções propostas.

O treinamento das equipes com ênfase em disciplinas que abordem temas como saúde mental e da família, família como unidade do cuidado e reabilitação psicossocial, é indispensável, juntamente com a pesquisa e a educação continuada nesta

temática. A avaliação dos resultados obtidos com a capacitação e as ações, facilitará a identificação das estratégias que possivelmente contribuirão para uma assistência de qualidade.

Além disso, consideramos como necessidade urgente o registro das famílias com problemas de saúde mental no SIAB. Pois só assim poderemos começar a dimensionar o impacto dos problemas de saúde mental na comunidade atual.

REFERÊNCIAS

- 1 Souza HM. Programa Saúde da Família: entrevista. R Bras Enferm. 2000; 53(n.º esp):7-16.
- 2 Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. R Bras Enferm 2000; 53(n.º esp): 25-31.
- 3 Ministério da Saúde (BR). O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
- 4 Lancetti A. Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 5 Relatório final da 3º Conferência de Saúde Mental; 2001. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2002.
- 6 Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no Estado da Paraíba. R Bras Enferm 2000; 53(n.º esp):149-52.
- 7 Costa ARC et al. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família em Sobradinho II. R Bras Enferm 2000; 53(n.º esp):127-30.
- 8 Felisbino JE, Ribeiro IM. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. R Bras Enferm 2000; 53(n.º esp):139-42.
- 9 Rosa WAG, Labate RC. Relato de experiência de enfermeiras do PSF com pacientes em sofrimento psíquico. In: Resumos do 7º Encontro de pesquisadores em saúde mental; 2002, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.102.
- 10 Giacon BCC, Galera SAF. Primeiro episódio da esquizofrenia e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. No prelo 2004.
- 11 Waidman MAP, Elsen I. Cuidar da família no domicílio: uma estratégia de reinserção social do doente mental. In: Resumos do 7º Encontro de pesquisadores em saúde mental; 2002, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.105.
- 12 Costa Neto MM. Educação permanente. In: 3º Cadernos de atenção básica: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 13 Sanford FMS, Farias FLR. Cuidando da comunidade: um espaço a ser construído pelo enfermeiro psiquiátrico para a reinserção do doente mental. In: Resumos do 7º Encontro de pesquisadores em saúde mental; 2002, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.80.
- 14 Santos MA, Silva G. Cuidando do cuidador: compreendendo os significados de conviver com um filho esquizofrênico. In: Resumos do 7º Encontro de pesquisadores em saúde mental; 2002, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.100.
- 15 Galera SAF. Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros. Ribeirão Preto, 2002. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.