Saúde mental na prática da atenção integral do Programa de Saúde da Família

Mental health in the practice of comprehensive care of the Family Health Program

Nilson Gomes Vieira Filho¹

Enivaldo Carvalho Rocha²

Eduardo Melo França³

RESUMO

O objetivo proposto foi investigar como a saúde mental está inserida na prática da atenção integral do Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse sentido, foi realizada em Recife uma pesquisa participante em uma unidade desse Programa, na qual, após diálogo com a equipe, decidiu-se focalizar os aspectos psicossociais ligados a essa atenção integral. Para isso, elaborou-se um questionário, que, posteriormente, foi aplicado a uma amostra empírica de 88 pessoas que tomavam “remédio controlado” em saúde mental. O perfil desses pacientes mostra uma tendência à inserção social precária. Os percursos terapêuticos apontam que o PSF não estaria funcionando como “porta de entrada” em saúde mental. Algumas concepções populares foram constatadas, dentre elas: convulsão, nervos, depressão e deficiência mental. As medicações mais utilizadas foram: diazepam, gardenal e haldol. Observou-se que 44,3% dos que se submeteram ao estudo foram internados. Nas considerações finais, dá-se ênfase à compreensão do conhecimento de senso comum dos pacientes nas ações integrativas de saúde/saúde mental, bem como ao trabalho terapêutico em rede de serviços.

ABSTRACT

This study aims to investigate how mental health is being addressed by the comprehensive health care practice of the Family Health Program (FHP). To this purpose we performed a participative research in a unit of this Program in the city of Recife. After discussing the issue with the team it was decided to focus on the psychosocial aspects related to this comprehensive approach. A questionnaire was constructed and answered by a sample of 88 individuals under treatment with “controlled drugs”. The profile of these patients showed a trend to precarious social insertion. The therapeutic course demonstrates that the FHP is not working as an “entrance door” to mental health. We observed some commonsense conceits such as: *convulsion, nerves, depression and mental deficiency*. The most commonly used drugs were: diazepam, phenobarbital, haloperidole. 44,3% of patients who participated in the study had been admitted to a psychiatric hospital before. In our final considerations we emphasize the importance of understanding the common knowledge of the patients to allow for an integrative health/mental health care approach and highlight the possibility of providing therapeutic care through service networks.

PALAVRAS-CHAVE:

- Programa Saúde da Família;
- Ação Intersetorial;
- Saúde Mental.

KEY-WORDS:

- Family Health Program;
- Intersectorial Action;
- Mental Health.

¹ Prof. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Prof. Dr. Departamento. Ciências Políticas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Graduado em Psicologia, Ex-bolsista PIBIC-CNPQ/PROPEQS-UFPE, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

I. Introdução

A seguinte questão norteia este artigo: *como a saúde mental está inserida na prática da atenção integral da Estratégia Saúde da Família (ESF)*. Então, à medida que essa Estratégia é vista como “porta de entrada” dos atendimentos em saúde do Sistema Único de Saúde¹, supõe-se que os primeiros cuidados em saúde mental possam ser aí realizados, bem como os trabalhos de colaboração interdisciplinar com serviços especializados na área, caso sejam necessários. Trata-se, então, de observar na prática profissional cotidiana da ESF se esse princípio tem sido aplicado e quais alternativas ou brechas institucionais podem ser propostas para melhorar essa situação. Foi nesse sentido que a discussão da pesquisa participante se deu em uma equipe de saúde da família em Recife².

De fato, o grupo expôs a existência de falhas na atenção integral em relação à saúde mental. Não existia ainda uma cultura organizacional no Sistema Único de Saúde (SUS) incentivando que, no primeiro percurso terapêutico em saúde mental e em outras áreas, o paciente passasse pela equipe de saúde da família. O trabalho interdisciplinar era executado de forma incipiente e difícil de ser realizado, à medida que havia fragmentação nos atendimentos e que cada setor institucional trabalhava separadamente dos outros. As dificuldades no manejo das relações terapêuticas eram expostas, particularmente com os pacientes que estavam na interface com a saúde mental. Além disso, a inclusão no diagnóstico integrativo, de conhecimentos oriundos de processos psicossociais relacionados à saúde mental, não parecia clara para os profissionais. Considerando a relevância dessas problemáticas emergentes naquela discussão,

decidimos estudar esses referidos processos psicossociais no sentido de contribuirmos com uma compreensão integrativa em saúde/saúde mental.

Por psicossocial referimo-nos principalmente à articulação entre o social e o psicológico no entendimento da situação existencial e de saúde do sujeito/paciente³. Sua história de vida é marcada pela situação relacional que vivencia em uma estrutura social e em um sistema familiar específico, bem como pela experiência cultural cotidiana na qual interioriza, consciente e/ou inconscientemente, o que acontece, sente e apreende na sua rede de relações humanas e entorno ecológico, sobre saúde, sofrimento, doença etc. Na prática institucional, essa apreensão do sujeito/paciente seria comunicada ao profissional de saúde enquanto conhecimento do senso comum ou conhecimento prático.

Esse tipo de conhecimento deve, então, fazer parte do saber interdisciplinar da atenção integral à saúde / saúde mental. Portanto, inserido em um processo de comunicação e diálogo, o médico de família e comunidade considera as construções de sentido e significações, permitindo-lhe interpretações operacionais relativas à escuta verbal e percepções não-verbais das problemáticas emergentes. Se, frente aos exames laboratoriais, atém-se mais aos critérios de objetividade e aos dados orgânicos, no caso do conhecimento prático do paciente enfatiza-se a importância do simbólico, da subjetividade, do processo cognitivo-social.⁴

A situação sociocultural do paciente, bem como as concepções populares, opiniões, expressões verbais sobre a saúde mental – como por e-

xemplo: doença dos nervos, macumba, resguardo quebrado – ligadas a seu campo semântico-cultural e subjetivo, merecem uma atenção particular na compreensão integrativa em saúde. Podemos, assim, incluir aquelas dimensões psicossociais nessa compreensão que, antes, era excluída por não coincidir com os códigos científicos experimentais dominantes e por parecer, às vezes, fruto de superstições ou ignorância, sendo então desconsideradas da observação clínica informações importantes e susceptíveis de afetar de forma não positiva o diálogo na relação terapêutica.

Nesse sentido, a equipe nos solicitou o estudo desses processos psicossociais, o qual deveria começar pelo levantamento feito pela Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre pessoas que tomavam remédios controlados em saúde mental e que estavam cadastradas naquele estabelecimento. A proposta era reconstruir esse levantamento de forma mais sistemática e cientificamente aceitável. Os resultados encontrados, após tratamento estatístico e qualitativo do material coletado, estão mais adiante apresentados. Nas considerações finais, sugerimos mudanças na prática de atenção integral da ESF local concernente à saúde mental.

II. Material e método

O presente estudo refere-se a um recorte do material concernente a uma pesquisa participante sobre análise da prática da equipe de saúde da família² realizada em uma UBS localizada em uma favela do Recife. A posição de observador participante nas ações cotidianas implicou um diálogo constante com os profissionais, sobretudo com as agentes comunitárias de saúde (ACS) que

apresentavam mais dificuldades em se relacionar com os pacientes que faziam uso de remédios controlados em saúde mental, cerca de 110 pessoas residentes no território de abrangência dos atendimentos, cujo espaço geográfico cobria cerca de duas mil famílias.

No levantamento acima assinalado, o formulário improvisado foi substituído por um questionário, com questões abertas e fechadas, destacando-se os seguintes itens: inserção social e familiar; processos subjetivos e cognitivos (concepções populares) referentes à saúde mental; percursos terapêuticos às ofertas acessíveis de serviços formais ou informais; processos de intervenção conseqüentes. A aplicação do referido questionário foi em domicílio e com a colaboração das ACS. A amostra empírica se constituiu de 88 usuários entrevistados que tomavam remédios controlados em saúde mental, sendo que os familiares também podiam colaborar nas respostas. Após coleta do material, foi realizado um tratamento estatístico, ainda genérico, por meio do SPSS. Uma parte das notas de campo foi também utilizada nesse artigo.

Consideramos essa amostra operacional para a prática assistencial um tipo de amostra empírica⁵. Por outro lado, o termo operacional pode também ser estendido ao de exemplar, na medida em que essa amostra pode ser reconhecida como um exemplo significativo para analisar a questão da saúde mental em uma prática de atenção integral da ESF em uma favela brasileira, contribuindo, assim, com a compreensão de outras realidades institucionais semelhantes.

III. Resultados e discussão

III.1 Perfil social dos usuários que tomavam “remédios controlados” em saúde mental:

O sexo feminino foi ligeiramente superior (51,1%) ao masculino (48,9%). As faixas etárias mais freqüentes foram entre 20 e 39 anos (34,1%) e entre 40 e 49 anos (29,5%). Nos limites, estavam tanto os mais jovens, entre 0 e 19 anos (17%), quanto os mais velhos, de 50 anos em diante (19,4%). Notamos que o percentual a partir dos 40 anos é relativamente elevado (48,9%) e parece seguir a tendência ao envelhecimento da população. Mas é possível indicar também uma faixa etária mais vulnerável aos processos de exclusão social, já que se trata de pessoas com uma maior prevalência de problemas de saúde mental.

Foi possível observarmos a precária situação ocupacional dos pacientes: 31,4% eram aposentados (vários deles por invalidez); 29,1% estavam desempregados; 10,5% nunca trabalharam; 15,2% faziam biscates ou trabalhavam sem carteira assinada. Dentre os que se submeteram à pesquisa, poucos eram os privilegiados que trabalhavam com carteira assinada (9,3%) ou que eram estudantes (4,6%). Um agravante dessas situações excludentes era a baixa escolaridade dos pacientes: 37,9% eram analfabetos; 32,2% possuíam o primeiro grau incompleto; 22,9% apresentavam primeiro grau completo e segundo grau incompleto. Ter concluído o Segundo Grau era uma exceção à regra (6,9%).

A situação de moradia era preocupante: 31% dos examinados viviam em barracos; 16,1% dos pacientes residiam em casas de tijolo insalubres; o restante habitava em casas de tijolo com aparência salubre. A situação geral de higiene não

era adequada para 41,4% dessas residências, visto que as mesmas não tinham tratamento de esgoto e que não se sabe ao certo como funcionavam os sanitários em uma terra de mangue aterrado, onde a construção de fossa não é algo evidente. Para 22,7% das famílias desses pacientes, o chafariz persistia ainda como local de referência na obtenção de água, cujo armazenamento pareceu dificultoso.

A situação civil dos examinados no núcleo familiar apresentava a seguinte distribuição: 49,4% eram solteiros; 21%, companheiros; 17,3%, casados; 9,9%, separados. Os divorciados eram quase inexistentes (2,5%). Os papéis mais freqüentes no núcleo familiar eram: o de mãe (30,7%); em seguida, o de filho (21,6%), filha (13,7%), pai (13,6%), marido (5,7%). Ressaltamos que não houve registro de casal homossexual vivendo na qualidade de companheiro, talvez por esse tipo de união não ser geralmente aceita naquela comunidade, cujas poucas pessoas que se diziam homossexuais ainda sofriam discriminação social e não pareciam organizar-se em entidades da sociedade civil.

A maioria dos pacientes era economicamente dependente da família (57,6%), e a situação socioeconômica de suas famílias era de baixa renda: 41% recebiam menos de dois salários mínimos; 32,5% ganhavam de dois salários a menos de três salários mínimos; 12%, igual a três ou mais salários mínimos. Paradoxalmente, a maioria dos submetidos à pesquisa contribuía de alguma forma para a renda da família (60,5%), coincidindo com as pessoas aposentadas e com aquelas que desempenhavam algum tipo de trabalho sem as regras formais aplicadas, assunto já abordado no item anterior. Destacamos que 14,5% dessas famílias não

tenham uma renda mensal definida, fator preocupante para o estado de saúde dos pacientes.

III.2 Percursos terapêuticos dos usuários de “remédio controlado” em saúde mental

Ao inverso do que preconiza a reforma psiquiátrica, a maioria dos pacientes procurou, no primeiro percurso de busca de cuidados à saúde mental, os serviços hospitalares gerais e psiquiátricos (63,7%), isto é, dirigiram-se diretamente ao serviço de nível terciário sem a mediação da equipe de saúde da família ou dos serviços extra-hospitalares ou preventivos. Os itinerários observados não colocaram em evidência que a UBS funcionava como porta de entrada territorial no Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalhava de forma articulada com os serviços especializados em saúde mental.

Em todo caso, quando perguntados acerca do lugar de tratamento em saúde mental na atualidade, o resultado surpreendeu: 44,3% iriam tratar-se na UBS; o restante, em ambulatório, posto de saúde ou hospital do SUS, subtraindo-se o percentual de informações imprecisas, que foi de 17%. Talvez a dificuldade de se conseguir atendimento especializado em outros serviços obrigasse essas pessoas a procurar mais a equipe de saúde da família, já que havido ocorrido uma melhora na formação em saúde mental dos profissionais, principalmente das ACS.

Observamos ainda que existia uma certa quantidade de informações imprecisas (14,8%) que podem ser interpretadas como uma dificuldade de rememorar os momentos de busca de serviços oficiais ou mesmo a omissão de algumas informações concernentes à procura de serviços cultu-

rais ou *folks* de caráter religioso. Contudo, sabemos que duas pessoas procuraram, no primeiro percurso, ajuda de um pai-de-santo, uma mãe-de-santo ou de um outro religioso para rezar por elas.

III.3 Concepções de saúde mental dos usuários relacionadas com a busca dos serviços

Os sentidos atribuídos aos sinais da experiência de sofrimento variaram segundo a subjetividade de cada usuário ou a percepção destes sinais por pessoa(s) do núcleo familiar que respondeu (ou responderam) ao questionário. Entendemos que as interpretações desses sinais deram origem à busca de diferentes serviços de saúde e de saúde mental, de caráter formal ou cultural. Tentamos reagrupar em palavras-chave os vocábulos mais freqüentes e que formavam uma rede associativa com outras palavras contextualizadas. Por exemplo, convulsão associava-se à epilepsia, crise convulsiva etc.

Na prática, a complexidade é maior, pois, no momento da fala, a pessoa faz geralmente a sua livre associação de forma singularizada. Por exemplo, uma pessoa pode falar de aperreio (4,9%) e associá-lo implicitamente à tristeza, à depressão, ao remédio controlado e a algum sentimento de culpa ligado a preceitos religiosos; tais interpretações podem indicar tanto a busca de serviços médico e psicológico quanto a de cura religiosa.

Notamos que as pessoas quase não se referiam à linguagem médica, dando a entender que as cadeias de sentidos de seus sofrimentos estariam mais ligadas à subjetividade, ao senso comum e à cultura vivenciada na cotidianidade. Assim, torna-se compreensível que a palavra esquizofrenia não tivesse sido quase citada (2,4%). Se

bem que tudo indique haver um número bem maior de pessoas codificadas com esse diagnóstico e que estas procurem mais o hospital psiquiátrico. A categoria nervos (14,6%) inclui também pessoas desse universo acima e se associa a nervoso, nervosismo, crise etc.

A convulsão (23,2%) está associada à tremedeira, ao desmaio e aos que tomam gardenal (fenobarbital) e procuram o médico neurologista ou psiquiatra em hospital geral ou ambulatório. Há várias pessoas que não teriam “epilepsia de nascença”, mas começaram a apresentar convulsão após queda, atropelamento, acidentes de trabalho ou de trânsito. A palavra depressão (11%) não aparece geralmente se referindo ao código médico, mas à tristeza e ao sentimento de angústia.

A insônia (9,8%) associa-se mais a quem fica sem dormir de noite e, ainda, pode indicar que esta pessoa estaria tomando diazepam (benzodiazepínicos) para satisfazer essa necessidade, seja seguindo prescrição médica ou por meio de automedicação. A deficiência mental (9,8%) está ligada a alguma insuficiência no cérebro e aparece associada à paralisia cerebral, ao retardo mental, à hidrocefalia e ao derrame.

O desvio mental (6,1%) está associado à doença mental, à agitação, à agressividade etc. A categoria denominada outros (20,7%) corresponde a uma multiplicidade de concepções de frequência mínima, como por exemplo: resguardo quebrado, desejo de matar o filho, bebida, acidente de trânsito, intoxicação. Havia pessoas com alcoolismo, mas, nas entrevistas domiciliares, esse assunto foi pouco falado. As concepções de origem religiosa foram raramente citadas, talvez pela falta de costume ou por uma reação defensiva de algumas

pessoas que responderam aos questionários.

III.4 Características dos processos intervencionais e uso da medicação em saúde mental

O tratamento em saúde mental, realizado fora da equipe de SF e sem articulação com a mesma, mostra-se essencialmente medicamentoso, sendo o médico a figura mais importante (90,7%). As principais medicações utilizadas foram: diazepam (31,6%), gardenal (27,6%), haldol (22,4%), tegretol (6,6%) e outros (11,8%). Havia associações medicamentosas, como, por exemplo, gardenal e tegretol, haldol e akineton, dependendo da situação de saúde do paciente.

As informações qualitativas indicaram que os médicos conversariam pouco com os pacientes e/ou suas famílias. Assim, o diálogo pareceu escasso ou pouco existente, e as intervenções, mais centradas na questão medicamentosa. Houve mais prescrições e poucos exames clínicos ou laboratoriais, como também iria revisar-se raramente ou nunca a prática clínica ao longo dos anos. Um dos indicadores dessa situação foi o fator tempo de uso da medicação principal, o qual foi, geralmente, muito longo, com muitas prescrições repetitivas. Se não, vejamos: o percentual foi relativamente alto de pacientes que tomavam a mesma medicação entre um ano e cinco anos consecutivos (41,9%), como também entre seis e dez anos (29,8%) e entre 11 e 45 anos consecutivos (28,3%).

III.5 Persistência das internações psiquiátricas

A persistência das internações em hospitais psiquiátricos coloca em evidência que há falhas políticas e administrativas na condução do proces-

so de desospitalização em Recife. O percentual de usuários com história recente de internação era de 44,3%. Dentre esses pacientes, 28,2% sofreram somente uma internação, 43,6%, de duas a cinco internações, e 18%, mais de cinco internações. Notamos uma tendência à cronificação por institucionalização hospitalar, tendo em vista um percentual significativo de pacientes reinternados (61,6%). Reforçando esse aspecto, observamos ainda várias intervenções fragmentadas, sem conexão alguma de rede institucional umas com as outras. Por exemplo, o paciente é internado, e essa instituição não mantém contato algum com a equipe de saúde da família ou com ambulatório onde ele se trata, e vice-versa.

IV. Considerações finais

A compreensão do conhecimento de senso comum, no diálogo entre profissional e paciente, mostra-se fundamental nas ações integrativas de saúde e de saúde mental na ESF. Assim, os sinais de sofrimento, relacionados ou não a algum “transtorno mental”, requerem uma leitura crítica que possa integrar os aspectos psicossociais às necessidades vitais, ao corporal, aos hábitos e costumes culturais, conectando-os ao bem-estar e à qualidade de vida do paciente. Concomitantemente a essa leitura, os atendimentos clínicos e comunitários do ESF supõem também a possibilidade de um trabalho terapêutico em rede de serviços^{6,7}, tanto formais (SUS) quanto culturais ou *folks*^{8,9}.

Nesse sentido, se um paciente apresentando transtorno psicótico declara que ficou enfermo por conta de um “aperreio” e de um “feitiço” (catimbó), sua narrativa deve ser analisada para que se possa construir um sentido e atribuir significações

condizentes com sua realidade culturalmente vivenciada¹⁰. A partir daí, deve-se tentar entender sua busca de serviços em saúde mental dentro das suas condições sociais de acesso aos mesmos e buscar, também, uma estratégia terapêutica na equipe de saúde da família mais pertinente em relação a essa problemática específica. Por exemplo, para as falas sem nexo e as “besteiras”, uma paciente dirigiu-se, com seus familiares, à emergência psiquiátrica e hospitalar, para internação. E, em relação à sua aflição atribuída ao “catimbó” feito por uma vizinha, solicitou ajuda em um terreiro umbandista. Se, por um lado, tomava “remédios controlados” (neurolépticos) para os nervos, por outro, recorreu à prática de um ritual religioso para desmanchar um feitiço. Nesse caso, um trabalho terapêutico em rede de serviços pode ser feito entre a equipe de saúde da família e um serviço especializado em saúde mental, como por exemplo, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). Se necessário, uma conexão pode ser estabelecida com o serviço cultural religioso para se conhecer melhor os efeitos dos referidos rituais no estado de saúde da paciente.

Para acompanhar essa mudança de perspectiva, haveria necessidade de uma mudança administrativa na UBS analisada, na qual seria ainda importante a inclusão nessa equipe de saúde da família de profissional atuando na área de saúde mental, bem como a introdução de um processo de educação continuada para a qualificação permanente dos atendimentos desse serviço.

V. Referências

1. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família. Uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

2. Vieira Filho NG. A família como unidade terapêutica. Análise da prática do Programa de Saúde da Família [Projeto de Pesquisa Aprovado]. Recife: CNPq e PROPESQ-UFPE; 2002.
3. Vieira Filho NG. Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In: Vieira Filho N.G. (Org.) Clínica psicossocial. Terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: EdUFPE ; 1998. p.37-53.
4. Morval M.V.G. Du rapport entre méthode clinique et méthode expérimentale. In Enriquez E., Houle G., Rhéaume J., Sévigny R. (Orgs) L'analyse clinique dans les sciences humaines. Montréal: Editions Saint-Martin; 1993. p. 109-117.
5. Chauchat H. L'enquête en psycho-sociologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1985.
6. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica ao trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia (Natal) 2004; 2: 373-379.
7. Souza IMA. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 89-124.
8. Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine 1978. 12: 85-93.
9. Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-138.
10. Vieira Filho NG. Souffrance psychotique et esprit

obsédant. Entre l'action thérapeutique et l'accueil religieux. Bulletin de Psychologie 2001; 452 : 137-145.

Agradecemos à Dr^a Elisabete Pereira Silva, médica de família e comunidade, pela colaboração na elaboração deste artigo.

Endereço para correspondência:

Nilson Gomes Vieira Filho

Av. Boa Viagem, 4364, Apt. 703. Recife, PE
CEP: 51021-000.

Endereço eletrônico: ngovi@uol.com.br.