UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Leiner Resende Rodrigues

SAÚDE MENTAL E PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: uma proposta de educação permanente

RIBEIRÃO PRETO
2005

LEINER RESENDE RODRIGUES

SAÚDE MENTAL E PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: uma proposta de educação permanente

Tese apresentada à Área de Enfermagem
Psiquiátrica do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e
Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, vinculada à
linha de pesquisa Educação em Saúde e
formação de recursos humanos, para
obtenção do título de Doutor.

Doutoranda: Leiner Resende Rodrigues
Orientadora: Dra. Lisete Dinis Ribas Casagrande

Ribeirão Preto- SP
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Rodrigues, Leiner Resende

Saúde Mental e Profissionais do Programa de Saúde da Família: uma proposta de educação permanente. Ribeirão Preto, 2005.
172p; il.; Apêndices

Orientador: Casagrande, Lisete Dinis Ribas

Tese (doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP-
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

1- Programa saúde da família, 2.Saúde mental, 3.Ações educativas,
4.Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Leiner Resende Rodrigues

Saúde Mental e Profissionais do Programa de Saúde da Família : uma proposta de educação permanente.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Instituição: UFTM

Assinatura: _____

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Instituição: UFMG

Assinatura: _____

Prof. Dra. Antonia Regina Furegato

Instituição: USP/RP

Assinatura: _____

Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: USP/RP

Assinatura: _____

Prof. Dra. Lisete Dinis Ribas Casagrande

Instituição: USP/RP

Assinatura: _____

“Às vezes, bate uma idéia de desistir
Então, a gente pára, põe o sonho de lado e fica por
aí pensando e sofrendo
Mas não é por muito tempo, não
Qualquer coisa da estrada, passarinho, flor,
montanha, nuvem
O menino que nos acenou sorrindo, esperança à toa
que seja, vira roteiro de viagem.
Precisa ver os olhos brilhantes com que partimos
Mochila nas costas, cantando o sol e a sede
Prazer e cansaço de quem caminha sempre em
frente em direção de algo mais além de nós, de
nossos desejos, medos e frustrações
Porque é para lá que estamos indo
É só para lá que sabemos ir
Passos de uma caminhada que nenhum de nós sabe
quando começou nem quando terminará”.

(Geraldo Eustáquio de Souza)

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela oportunidade de estar lutando nesta vida e crescendo com as adversidades.
- Às equipes de Saúde da Família da cidade de Conquista/MG, ao gestor de saúde: Sr. João Anacleto Sampaio e o prefeito Gumercindo Mazetto, pela acolhida.
- Aos meus familiares: Sebastião(esposo), Sélen, Fernanda, Cleiton, Rosane, (filhos) e Eronita, pelo estímulo; confiança e segurança que foram fundamentais para a conclusão desta jornada.
- Aos meus pais Ubirajara e Flordelicia, pela vida, por todo carinho e confiança que depositam em mim.
- À profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões, pela valorosa colaboração.
- À profa Dra. Eliana Faria de Angelice Biffi por ter-me conduzido para a carreira acadêmica, na qual me sinto feliz e realizada.
- Aos professores e secretárias do Centro de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela ajuda nas minhas ausências e pelo estímulo.
- Aos professores e secretárias da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela colaboração.
- À profa Dra. Renata Labate Cury pela valiosa colaboração na qualificação.
- Especialmente meus agradecimentos à Profa. Dra. Lisete, por me ensinar não só as ciências, mas também a arte de viver.
- Com toda certeza, muitas pessoas foram importantes na minha vida e especialmente neste momento em que concluo mais esta tarefa; embora não estejam aqui listadas, elas sabem que estão no meu coração, que é a morada dos grandes amigos.

RESUMO

RODRIGUES, L.R. **Saúde Mental e Profissionais do Programa de saúde da família:** uma proposta de educação permanente. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: 2005.

Buscando aprofundar o conhecimento e estimular o desenvolvimento das potencialidades das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) de Conquista/MG, este estudo teve como objetivos: Identificar e descrever a situação dos profissionais da equipe do PSF, em relação à assistência oferecida aos portadores de transtornos mentais e seus familiares segundo as variáveis: conhecimento do tema, condutas adotadas e dificuldades vivenciadas.

Criar oportunidades de educação permanente, visando a aquisição de conhecimentos, para oferecer assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares. Verificar a ocorrência de aprendizagem específica, desses profissionais, sobre transtornos mentais e meios de oferecer assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares. Visando despertar a consciência dos trabalhadores do PSF em relação a assistência aos portadores de transtornos mentais e seus familiares, fizemos uso da abordagem qualitativa, especificamente do modelo de pesquisa-ação. Os dados foram obtidos a partir da aplicação de instrumento semi-estruturado, dinâmicas de grupo e registro e verbalizações dos participantes durante o momento de discussão. Da análise das entrevistas, diários de campo e dinâmica, traçamos o diagnóstico e verificamos que a maioria dos profissionais da equipe de saúde da família, não sabem o que é transtorno mental, nem como fazer uma intervenção com o portador e a família desse, porém demonstraram vontade de conhecer o tema. Durante as ações educativas que consistiram em cinco temas selecionados por eles que foram: Relacionamento interpessoal/comunicação, Família, Crises/saúde mental; transtornos mentais e intervenções familiares, os profissionais da equipe do PSF, - sentiram despertados para a ocorrência dos transtornos mentais e a importância da intervenção junto aos familiares desses como uma forma de evitar re-internações. Concluímos que para haver uma assistência efetiva aos familiares de portadores de transtornos mentais e com isso, reduzir o número re-internações deve-se ter educação permanente, lugar onde seria discutido todos os ângulos que envolvem a comunidade, levando-se em consideração as reais necessidades dessa.

Palavra-chave: Programa Saúde da Família, transtornos mentais, ações educativas, família

ABSTRACT

RODRIGUES, Mental Health and Professionals of the Program of family Health: a permanent proposal education. 2005. (Doctorate) thesis-Nursing school of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Trying to increase the knowledge and to simulate the development of the potentialities of the teams of the Program of Family Health (PFH) of Conquista/MG, this study had as aims: Identify and describe the situation of the professionals of the teams of PFH, in relation to the assistance offered to the bearers of mental disturbances and their families according to the variables: knowledge about the subject, behaviors adopted and difficulties experienced.

Create opportunities of permanent education, aiming the acquisition of knowledge, offer assistance to the bearers of mental disturbance and their families. Verify the occurrence of the specific learning of these professionals about mental disturbance and their families. Aiming to house the conscience of the workers of the PFH in relation to the assistance to the bearers of the mental disturbances and their families, we used the quantitative approach, specifically the model research-action. The data were obtained from the application of semi-structured instrument, dynamic of groups and records of the speeches of the participants during the moment of discussion. In the analysis of the interviews, diaries of camp and dynamic, we traced the diagnostic and realized that most of the professionals of the team of family health, do not know what mental disturbance is, neither how to make an intervention with the bearer and his family, nevertheless they showed wish to know about the subject. During the educative actions which consisted in five themes selected by selected by them: Interpersonal relationship/communication, family, crisis/mental health, mental disturbance and family interventions, the professionals of the PFH team felt awakened to the occurrence of mental disturbance and the importance of the intervention in their families as a way of avoiding re-internments. We conclude that in order to have an affective assistance of to the families the bearers of mental disturbance and, with that, to reduce the number of re-internments, there should be a permanent education, in which, it would be discussed all the angles that involve the community, considering the real necessities of it.

Keywords: Program of Family Health, mental disturbance, educative actions, family.

RESUMEN

RODRIGUES, L.R Salud Mental y profissionais do Programa de Salud de la Familia: uma oferta de la educación permanent. 2005. Tesis (doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

Buscando profundizar el conocimiento y estimular el desarrollo de las potencialidades de los equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF) de Conquista MG, este estudio tiene como objetivo: identificar y describir la situación de los profesionales del equipo del PSF, con relación a la asistencia ofrecida a los portadores de trastornos mentales y a sus familiares segundo las variantes: conocimiento del tema, procedimientos adoptados y dificultades vividas, crear oportunidades de educación permanente visando la adquisición de conocimientos, ofrecer asistencia a los portadores de trastorno mental y a sus familiares, y verificar la ocurrencia de aprendizaje específica de esos profesionales sobre trastornos mentales y medios de ofrecer asistencia a los portadores de trastorno mental y a sus familiares. Visando despertar la conciencia de los trabajadores del PSF, con relación a la asistencia a los portadores de esos trastornos y a sus familiares, hemos hecho uso del abordaje cualitativo, específicamente del modelo de investigación-acción. Los datos fueron obtenidos a partir de la aplicación de instrumento semiestructurado, dinámicas de grupo registro y conversas de los participantes durante el momento de discusión. En el análisis de las entrevistas, diarios de campo y dinámica, trazamos el diagnóstico y percibimos que la mayoría de los profesionales del equipo de salud de la familia no saben lo que es trastorno mental, tampoco como hacer una intervención con el portador y su familia, pero demostraron voluntad de conocer el tema. Durante las acciones educativas, que consistieron en cinco temas seleccionados por ellos: trato interpersonal/comunicación, familia, crisis/salud mental, trastornos mentales e intervenciones familiares, los profesionales del equipo del PSF se sintieron despiertos para la ocurrencia de los trastornos mentales y la importancia de la intervención junto a los familiares de esos, como una forma de evitar reinternaciones. Concluimos que, para que haya una asistencia efectiva a los familiares de portadores de trastornos mentales, y con eso reducir el número de reinternaciones, debería haber educación permanente y un lugar donde sería discutido todos los ángulos que envuelven la comunidad y sus reales necesidades.

Palabras clave: Programa Salud de la Familia, trastornos mentales, acciones educativas, familia

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS NO TRABALHO

ABS- Atenção Básica à Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Equipe da Saúde da Família

FHEMIG- Federação dos Hospitais Escola de MG.

IAPS- Instituto de Assistência e Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MPAS- Ministério de Previdência e Assistência Social

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	APORTE TEÓRICO.....	15
2.1	Os caminhos da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais	16
2.2	Assistência aos portadores mentais e seus familiares.....	24
2.3	Atenção Básica em Saúde	24
2.4	Programa de Saúde da Família	27
2.5	Educação continuada e educação permanente	35
3	OBJETIVOS	39
4	PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1	Pesquisa qualitativa	41
4.2	A pesquisa Participante e a Pesquisa – Ação	42
4.3	Contextualizando o local da pesquisa	44
4.3.1	A Assistência em saúde mental em MG	45
4.3.2	Características gerais do município de Conquista/MG	48
4.3.3	A evolução do sistema de saúde em Conquista/MG	49
4.4	Participantes da pesquisa	51
4.4.1	Os sujeitos da pesquisa	51
4.4.2	Etapas do desenvolvimento da pesquisa	52
4.5	Primeira fase da pesquisa: diagnóstico da situação	53
4.6	Segunda Fase da pesquisa: planejamento e implementação da atividade educativa	55
4.6.1	Planejamento da atividade educativa	56
4.6.2	Implementação das atividades educativas	64
4.7	Procedimentos de análise dos dados do trabalho educativo	67
4.8	Aspectos éticos da pesquisa	69
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
5.1	Análise do diagnóstico	71
5.2	Análise dos encontros educacionais	79
3	Avaliação dos resultados da oficina: “Transtornos mentais e intervenções familiares”	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
8	APÊNDICES	
9	ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A escolha de um tema a ser pesquisado surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados às observações e aos problemas que se apresentam ao pesquisador durante sua vivência profissional numa dada sociedade e numa época (MINAYO, 1994).

Em nossa dissertação de mestrado (RODRIGUES, 2001) pesquisamos o significado cultural de doença mental para o paciente e o familiar e percebemos que as famílias vivem, constantemente, situações de crise que colocam em risco a dinâmica familiar, precisando dispor de “recursos” pertinentes para superar essas fases. As referidas crises podem ser identificadas por diferentes indicadores que apontam para a necessidade de visitas dos profissionais de saúde ao domicílio e de diagnóstico para melhor caracterizar a situação e verificar a necessidade de apoio sistemático, centralizado na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

O meio familiar exerce influência sobre a criança, desde o período de gestação. A partir do nascimento, fica estabelecida a dependência total do bebê em relação ao meio e às pessoas que o circundam. A criança desenvolve-se dentro do meio familiar, reproduzindo na vida adulta os primeiros papéis sociais registrados em seu íntimo. O meio familiar proporciona, junto com as características genéticas, a estrutura mais importante da maneira de ser do adulto no mundo (BRENDLER, 1994).

A abordagem da estrutura familiar veio suprir uma lacuna dos sistemas de atenção à saúde, os quais, até então, ignoravam o fato de que, se o indivíduo adoece no meio familiar, essa família também precisa ser assistida.

De acordo com Colveiro (2002), até bem pouco tempo, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e à medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o do convívio familiar e social.

Da análise realizada em nossa dissertação (RODRIGUES, 2001), evidenciamos que a concepção de doença depende de cada pessoa e de sua construção histórica ao longo de sua vida. Para a pessoa não existe somente um organismo biológico, mas um corpo simbólico socialmente construído e, portanto, torna-se impossível apartar um corpo biológico desta representação.

Segundo Rodrigues (2001), para bem cuidar, é preciso “conhecer” e respeitar o outro, como ser único que tem uma história de vida; conhecer como é seu relacionamento familiar, social e o convívio da família com a pessoa portadora de transtorno mental.

Com o advento dos medicamentos para os casos de doenças mentais, tornaram-se possível o tratamento e o acompanhamento dessas pessoas na família e na comunidade, permanecendo, no entanto, uma questão fundamental: essas famílias estão preparadas para lidar e conviver com o portador de transtorno mental?

Como docente da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, ficamos incomodados com a realidade da situação que estamos vivenciando, pois na teoria falamos exaustivamente sobre a Reforma Psiquiátrica, a possível convivência do portador de transtorno mental junto a seus familiares e na sociedade, sendo cuidado na Atenção Primária de Saúde (APS), porém ao ingressarmos no estudo clínico, percebemos que pouca diferença ocorreu nesses anos de Reforma Psiquiátrica. Todos os anos percebemos que os pacientes internados são os mesmos, ocorrendo uma hospitalização “camuflada”, o que Bandeira (1998) chama de “porta giratória”. O paciente vai para casa, não recebe suporte na APS, nem sabe mais como conviver com seu ente, e volta a ser internado.

Entendemos como de fundamental importância, para a assistência integral ao usuário de serviços de saúde, um cuidado maior ao portador de transtorno mental e aos seus familiares. Vislumbramos no Programa de Saúde da Família a estratégia de

reorganização dos serviços de atenção primária para atenção a essas famílias, pois são as suas equipes multiprofissionais que adentram as casas e têm contato direto com as famílias.

A Reforma Psiquiátrica vem exigindo mudanças na forma de atendimento ao portador de doenças mentais, os quais deverão ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em hospitais-dia, o que implica que os familiares deverão estar preparados para conviver com seus entes portadores de transtorno mental. Acreditamos que o PSF possa ser mais uma forma de ajudar essas famílias a entender e a lidar com os transtornos mentais.

Quando tratamos do PSF e atendimento a portadores de transtornos mentais e familiares, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em seu próprio núcleo familiar, entretanto, verificamos que os profissionais das equipes de PSF também têm dificuldades para lidar com os transtornos mentais, talvez por falta de preparação específica nos cursos de graduação ou de educação continuada sobre o tema, lacuna essa que deve ser preenchida por oportunidades de educação permanente. Para isso, propomos um programa de educação para os trabalhadores das equipes de PSFs de Conquista /MG, possibilitando uma melhor assistência a essas famílias. Acreditamos que, com a família mais preparada, teremos menor número de re-internações.

APORTE TEÓRICO

2.1 Os caminhos da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais

Em junho de 2000 o jornal Folha de São Paulo trouxe denúncia em reportagem que “cirurgias no cérebro, maus-tratos, isolamentos em locais insalubres ou abusos medicamentosos, são os tratamentos a que 6366 pessoas estão sendo submetidas em pelo menos 19 hospitais públicos, particulares e judiciários, existentes em sete Estados brasileiros” (AGÉGE, 2000).

Ainda segundo o noticiário, essa denúncia foi resultado de uma investigação da Comissão dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados em 20 de 100 hospitais denunciados; desses, 19 foram classificados pela Comissão como “casas de abandono e violência”, mantidas com verbas do SUS.

Após toda uma trajetória de lutas pela reforma psiquiátrica, ficamos perplexos diante de quadros assim explícitos e buscamos compreensão através do caminhar histórico.

Se nos reportarmos à história, veremos que a doença mental sempre esteve presente no ser humano, desde os primórdios da humanidade, quando estes ainda eram nômades. Com o tempo, a doença mental foi adquirindo diferentes significados que sempre estiveram articulados às categorias dominantes dos modos de existência do homem no mundo.

Conforme salienta Ribeiro (1999), na Antigüidade, o conhecimento empírico da loucura baseava-se no sobrenatural e, portanto, o tratamento oferecido pelo curador de doenças era através de ervas, beberagens (cozimentos medicinais) e medidas higiênicas, além de contar com a intervenção divina.

Louzã Neto et al. (1995) relatam que, nessa época, os transtornos mentais pertenciam ao conjunto das manifestações incompreensíveis e inexplicáveis e, dessa forma, atribuídos a causas externas, a influências malignas, ou ainda, ao sobrenatural. Acreditava-

se que o espírito do homem estava enfeitiçado, contaminado, corrompido e sob possessão demoníaca.

Durante as eras grega e romana, sob a influência do racionalismo dos filósofos, a loucura adquiriu caráter organicista, na teoria do desequilíbrio dos humores de Hipócrates. (Cós.460 aC-Tessália, 377 aC), médico da Antiga Grécia, fundamentou a sua prática médica e a sua forma de compreender o organismo humano - incluindo a personalidade - na teoria dos quatro humores corporais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra, que consoante as quantidades relativas presentes no corpo, levariam a estados de desequilíbrio, ou de doença ou de dor).

O modelo grego de doença era a ruptura de um equilíbrio interno, concebido de acordo com uma visão cósmica. Hipócrates, tomando idéias de filósofos da época como Pitágoras e Empédocles, concebia o homem como um microcosmo, regido por leis físicas semelhantes às do universo.

Para Hipócrates a vida era mantida pelo equilíbrio destes quatro humores, cada um procedente de uma determinada parte do corpo humano e tendo diferentes qualidades: sangue (coração), que é quente e úmido; a fleuma (cérebro), fria e úmida; a bílis amarela (fígado), quente e seca; e a bílis negra (baço), fria e seca. Essa teoria influenciou Galeno (discípulo de Hipócrates), que trabalhou a teoria dos humores e que dominou a medicina até século XVIII. Galeno (129-199 d.C.) expandiu a teoria dos humores dos gregos antigos e a combinou com o modelo aristotélico da alma, propondo que o cérebro era a sede da alma racional.

Nas obras hipocráticas encontram-se as primeiras descrições de histeria, que explicavam o deslocamento do útero como decorrente da falta de funcionamento sexual.

Nessas circunstâncias o útero perderia o peso e subiria ao hipocôndrio, ao coração ou até o cérebro, originando dispnéia, palpitação e até desmaios. Recomendava casamento para moças e viúvas, além do emprego do método

egípcio de fumações vaginais com plantas aromáticas para atrair o útero ao local adequado de ervas (LOUZÃ NETO et al., 1995, p. 12).

Galeno, em Roma, afirmava que a retenção do líquido feminino pela abstinência sexual causava envenenamento do sangue, originando as convulsões. Assim, a histeria não tinha uma causa sexual-mecânica, mas uma causa sexual-bioquímica.

Nos séculos XIII e XIV, os doentes mentais passaram a ser considerados bruxos, feiticeiros e sofreram perseguições e condenações à morte. A bruxaria representava o grande mal e não apenas uma prática herética, contrária à religião. Dessa forma, por sua traição para com Deus, os possuídos eram condenados à morte (TAYLOR, 1992).

Nesse contexto surgiu o medo, o terror e o receio relacionados ao doente mental, que interferem na forma de tratá-lo e sentenciam-no à exclusão, à marginalização e até à morte.

A partir de 1793, com a intervenção do médico francês Philippe Pinel, a psiquiatria institucionalizou-se como ciência, legitimando o hospital psiquiátrico como o local privilegiado para o tratamento mental. O hospital psiquiátrico surgiu com o tratamento moral e com o reconhecimento da especificidade da doença mental, através da criação de um espaço terapêutico próprio. O espaço asilar foi concebido como um local ideal para a ação terapêutica e planejado segundo uma série de dispositivos de funcionamento que garantissem essa ação. Segundo esta concepção, não havia tratamento sem hospital. Dentre os dispositivos, o isolamento social era uma das principais condições para a sua existência (OSINAGA, 1999).

Vianna (2002) relata que o espaço da loucura passou a ser o espaço do asilo e que o lugar destinado ao tratamento do doente mental torna-se o lugar de sua exclusão, e não de tratamento. Essa exclusão social da loucura teve como correlata à exclusão dos loucos do espaço familiar, de forma que a instituição psiquiátrica e o Estado passaram a definir os destinos sociais dos doentes mentais no lugar da instituição familiar.

Segundo Pessoti (1999), o século XIX foi o século dos manicômios; para esse autor nesse século o número de hospitais destinados a alienados foi o maior; em nenhum outro a terapêutica foi tão vinculada à internação; em nenhum outro século o número de internações atingiu proporções tão grandes das populações. Dessa forma, o século XX encontra os doentes mentais institucionalizados e longe de seus familiares e da sociedade, numa forma de “proteção” desses e do próprio doente.

No Brasil, Nick; Oliveira (1998) afirmam que a palavra que melhor expressa o significado da assistência psiquiátrica, desde os seus primórdios até os dias atuais, é “exclusão”. Segundo os autores, a tendência hospitalocêntrica sempre foi a tônica de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes.

Segundo Birman ; Costa (2002), a 2ª Guerra Mundial subverteu a estabilidade socioeconômica e a política mundial, principalmente a do continente europeu. Para o autor, o custo de vida nos grandes centros europeus e os extermínios provocados pela fome, pelo frio e pelas privações se avolumou. Acrescenta ainda que, somente na França, foram registradas as mortes de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, decorrentes da má alimentação e maus cuidados.

Após esses acontecimentos, intensificaram-se os questionamentos sobre a forma de tratamento nas instituições psiquiátricas, principalmente em alguns países da Europa como Inglaterra, França, Itália e também nos Estados Unidos.

Com a evolução dos tratamentos biológicos, sobretudo o psicofarmacológico, na terapêutica psiquiátrica, a partir da década de 50, tornou-se possível tratar muitos pacientes sem hospitalização, como doentes externos, em ambulatorios e consultórios particulares.

A desinstitucionalização, ou seja, o processo de desativação de leitos nos hospitais psiquiátricos e a proibição de se criar novos hospitais psiquiátricos públicos teve

início com a Reforma Psiquiátrica. O seu modo de existir está articulado a saberes e práticas, cuja constituição tem origem em vários movimentos sociais, destacando-se, no nível internacional, a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, a Psicoterapia Individual e Psiquiatria de Setor na França, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e o processo de Reforma Psiquiátrica Italiana (FAGUNDES, 1998).

O processo de desinstitucionalização brasileiro sofre importante influência da Reforma Psiquiátrica implantada na Itália, desde a década de 1970. A redução de leitos psiquiátricos, a alocação de pacientes cronicamente institucionalizados em programas comunitários e o desenvolvimento de equipamentos da atenção em saúde mental, que possam substituir a internação psiquiátrica tradicional, são componentes centrais das políticas de saúde mental de diversos países como a Inglaterra, Espanha, Canadá e Holanda, assim como de alguns estados dos EUA (FAGUNDES, 1998).

De acordo com Vianna (2002), a reforma atual teve seu início marcado por uma série de denúncias, através da mídia, sobre a assistência prestada aos doentes mentais nos manicômios. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se como movimento social, em 1987, em meio a mudanças nas políticas de saúde, lançando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. “No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas” (AMARANTE, 2002, p.81). A I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil (CNSM) foi realizada em 1987, com a participação pela primeira vez de entidades e representações da sociedade civil, surgindo como desdobramento, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve como pauta três temas

importantes: Economia, Sociedade e Estado, destacando os impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. O relatório final dessa conferência recomendava a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; a redução progressiva dos leitos existentes nestes hospitais; a criação de leitos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica; a reversão da tendência hospitalocêntrica, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional com referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização (BRASIL, 1988).

Neste contexto surge o projeto de lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propõe uma mudança radical no sistema: seriam proibidas a partir de sua aprovação novas internações em hospitais psiquiátricos e toda a rede de hospitais do tipo seria extinta em cinco anos (na proporção de 20% ao ano). Além disso, o projeto propunha tratamentos alternativos e a interferência de uma autoridade judiciária que decida ou não pela internação caso isso seja solicitado pelo paciente (AMARANTE, 2002).

Prevvia ainda a implantação de unidades psiquiátricas em hospital geral e recursos extra-hospitalares de atenção, como hospital-dia, pensões e centros de convivência. Este projeto tramitou no Senado durante doze anos, sofrendo alterações de acordo com os interesses dos donos dos hospitais. O senador Lucídio Portella apresentou em 23/11/95, um projeto substitutivo, que dispunha sobre a manutenção do modelo manicomial de assistência ao doente mental, “evitando, no seu entender, com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, a ocorrência de um colapso no atendimento prestado a esse grupo populacional com o fim dos hospitais psiquiátricos” (VIANNA, 2002, p. 26). O projeto de lei do senador Lucídio Portella foi aprovado e encaminhado à sanção presidencial e transformado em lei em 06 de abril de 2001.

Esse projeto de lei prevê entre outras medidas: a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por instituições abertas tais como: unidade de saúde mental em hospital geral, emergências psiquiátricas em pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital dia, Centro de Atenção Psicossocial- (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24 horas (NAPS), pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que preservem a integridade do cidadão, além do que regulamenta também a internação compulsória (BRASIL, 2002, a).

Em dezembro de 1992 foi realizado a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, resultado de diversas conferências municipais, regionais e estaduais que antecederam ao evento. Diferentemente da I CNSM, esta contou com a participação efetiva dos usuários na realização do evento, propiciando o surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho (BARROS, 1994). Segundo essa autora, os temas sobre os quais centraram-se as deliberações foram a rede de atenção em saúde mental, a transformação e cumprimento de leis, o direito à atenção e o direito à cidadania.

O período da II CNSM foi marcado pela constituição de várias organizações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental que aderiram ao Movimento Nacional da Luta Anti-Manicomial. Somente a partir dessa conferência há inclusão da família nas discussões do tema desinstitucionalização, uma vez que, após a alta hospitalar, é para o seio da família que o paciente retorna.

Bandeira (1998) refere que a re-inserção social dos doentes mentais tem gerado sérias dificuldades nos países pioneiros do processo de desinstitucionalização. Aponta a questão de moradias inadequadas, dificuldades financeiras, alcoolismo, drogas e itinerância, além do aumento da taxa de re-hospitalizações dos doentes mentais, fenômeno denominado “porta giratória”.

Segundo a autora, a problemática da re-inserção social é atribuída à forma inadequada de encaminhamento de integração na comunidade, na qual se observa a falta de um acompanhamento médico freqüente e contínuo, ausência de programas de intervenção comunitária adequados, interrupção da terapia medicamentosa, ausência de atividade ocupacional, falta de suporte e envolvimento de pessoas do ambiente natural do paciente, além da carência de centros profissionais externos suficientes para acolher os pacientes num momento de crise e equipes volantes para visitas.

2.2 Assistência aos portadores de transtornos mentais e a seus familiares

Para a desinstitucionalização tornar-se uma realidade, é necessário estabelecer condições básicas de tratamento e cuidados, não apenas para o paciente psiquiátrico mas, também, à sua família (KOGA, 2003). Para Moreno (2000), as transformações que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica têm permitido a participação dos familiares, tornando-os alicerces de novos programas terapêuticos.

Para essa autora, os serviços de saúde precisam elaborar programas visando atender às necessidades da família, quer em decorrência do primeiro episódio de sofrimento psíquico ou daqueles pacientes com várias internações, pois não se pode negar a sobrecarga que essas pessoas acarretam no núcleo familiar.

Cuidar da família implica em conhecer como ela cuida, identificando suas dificuldades e forças, para que o atendimento do profissional possa responder às necessidades de seus membros (KOGA, 2003).

A família é uma unidade cooperativa, intimamente entrelaçada e internamente organizada, que ocupa lugar intermediário entre o indivíduo e a sociedade de que ele faz parte; a família pode ser considerada como zona de impacto e agente neutralizador entre

indivíduos e a sociedade, uma vez que ela protege e ampara psicossocialmente seus membros (LINTON, 1976).

Atualmente, no cenário de atenção básica, contamos com o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem, entre outros, o objetivo de prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita (COSTA; CARBONE, 2004). Acreditamos que a equipe do PSF deva ser um elo entre as famílias e o hospital psiquiátrico, no sentido de oferecer apoio e assistência aos familiares e portadores de doenças mentais, favorecendo o convívio deste, dentro da família, fazendo uso dos serviços alternativos como os CAPs, diminuindo, assim, as re-hospitalizações.

2.3 Atenção básica em saúde

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), “Atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.”

O conceito de atenção básica à saúde foi descrito em 1978, em Alma Ata, pela Assembléia Mundial de Saúde, como:

Atenção à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos, famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato com os indivíduos e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Starfield (2002) relata que a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária nos serviços de saúde.

Esses princípios foram nomeados em um documento - Carta de Lubliana - que propõe que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção de saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- Direcionados para atenção primária.

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção à pessoa e não à enfermidade desta; fornece, ainda, atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena e integra a atenção oferecida em algum outro lugar ou terceiros (STARFIELD, 2002).

Segundo essa autora, tentativas para definir atenção primária por suas funções datam do início da década de 70, sendo agora amplamente aceita como a oferta da medicina ao primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo cliente sem considerar a presença ou a ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde.

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico nos quais as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. As unidades de atenção primária obtêm a equidade fornecendo atenção no nível

mais apropriado; assim, liberam recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população (STARFIELD, 2002).

Segundo Campos (2003), o sistema de saúde brasileiro vive, há duas décadas, um processo de mudança iniciado com o movimento da Reforma Sanitária na década de 80. Após várias conquistas, tem-se hoje como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Torna-se consenso que estes devem abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento. Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo.

Um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi a regulamentação da Lei 8080 de 1990 e da Lei 8142 de 1990, que tratam das normas gerais de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde adotou como princípios da Atenção Básica os contemplados na Lei 8080, que definem as bases conceituais do SUS, tais como:

- Saúde como direito do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva;
- Integralidade da assistência como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

- **Universalidade:** acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- **Eqüidade:** igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população;
- **Resolutividade:** eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta;
- **Intersetorialidade:** desenvolvimento de ações entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos;
- **Humanização do atendimento:** responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população;
- **Participação-democratização** do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

2.4 Programa de Saúde da Família

O Ministério da Saúde vem buscando modificar o perfil da assistência à saúde no Brasil em relação à reestruturação da atenção básica. Para isso foi pensado e criado o

Programa de Saúde da Família (PSF), concebendo saúde como promoção da qualidade de vida. O PSF assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

O PSF é uma das estratégias prioritárias do SUS para mudar o paradigma da saúde. Cada equipe do PSF atende em torno de 600 a 1000 famílias, tendo como parâmetro no mínimo 2400 pessoas e no máximo 4500 (BRASIL, 2004). O PSF foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, visando garantir à população um atendimento pautado nos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade, possibilitando a criação de vínculos com a comunidade.

A partir da formação da equipe é realizado o cadastramento das famílias, com levantamento de dados demográficos, socioeconômicos, socioculturais, do meio ambiente, mortalidade e morbidade. E, juntamente com lideranças comunitárias locais, é estabelecido o diagnóstico da comunidade, com a finalidade precípua de levantar os problemas de saúde daquela população.

O diagnóstico tem o objetivo de identificar os problemas de saúde mais relevantes na área de abrangência e também a de construir, com as famílias, um diagnóstico psicossocial e de saúde, detectando situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar - chamadas situações de risco -, que deverão ser priorizadas, para a partir desse diagnóstico, as ações serem planejadas e desenvolvidas (COSTA NETO, 2000).

Para melhor entendermos a atuação da equipe do PSF, precisamos contextualizá-la no cenário das políticas de saúde. O PSF surgiu como uma estratégia estruturante dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento primário, incluindo atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, cura e assistência à saúde mental. Torna-se um importante instrumento de contribuição para a consolidação da

reforma psiquiátrica, dentro de um panorama geral da reforma sanitária brasileira e das novas propostas da Organização Mundial de Saúde (ROSA, 2002).

O Estado Brasileiro tem privilegiado, em suas políticas, o modelo médico-clínico, com medidas puramente assistenciais que se constituem na resposta coerente à concepção biológico-curativa das doenças de massa. Essa concepção tem-se feito presente na forma de dar resposta às demandas por atenção à saúde, desde a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em 1923 - CAPs., passando pela criação dos Instituto de Assistência e Previdência Social-IAPS, na década de 30, até à constituição do Ministério de Previdência e Assistência Social -MPAS, em 1974.

Na década de 70 acentua-se essa tendência e, a ela, agregam-se ou evidenciam-se novas características, que compõem o perfil das políticas de saúde predominantes até os anos 80, a saber:

- A organização dos serviços, de maneira a fortalecer o setor privado através da compra de serviços pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Médica (INAMPS), ficando reservadas ao setor público, as ações de cunho preventivo (saúde pública), não lucrativas;
- A assistência prestada pelo INAMPS, destinada basicamente aos trabalhadores com vínculo empregatício formal, resultando em tratamento desigual das várias categorias de usuários;
- Otimização das ações de saúde entre vários sub-setores e instituições, com o conseqüente desperdício de recursos e baixa qualidade dos serviços;
- Oferta desigual de serviços, com concentração em algumas regiões (nas grandes cidades, região Sul e Sudeste do país) e baixa ou nenhuma oferta em outras (pequenas e médias cidades, região Norte e Nordeste do país) (ESCODA; LIMA, 1992).

Esse quadro resultou na chamada crise do setor de saúde, tanto do ponto de vista financeiro (altos custos) quanto no que se refere à ausência de resolutividade dos problemas de saúde individuais e coletivos. Somam-se a isso as crises econômicas e política, que caracterizaram os anos 70, inclusive a grande insatisfação social.

Algumas tentativas foram feitas no sentido de neutralizar os efeitos da crise no setor e redirecionar a distribuição e organização dos serviços de saúde. Surge então a proposta do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), o que já incluía as diretrizes de hierarquização, regionalização, integração dos serviços e participação comunitária. Deu-se então, um segundo ciclo de expansão da APS por todo o país, sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada: o número e unidades básicas de saúde que era de 1122 em 1975 passaram para 13730 em 1984. O PIASS não conseguiu avançar, entre outros motivos, em decorrência de seu caráter verticalizante, do confronto entre a proposta de regionalização versus persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária.

No interior do PIASS e, paralelo a este, é criado na área de saúde, um movimento de oposição cujo projeto aponta para a efetiva descentralização dos serviços, com a inclusão dos usuários na definição das políticas e combate a mercantilização com o fortalecimento do setor público, em função de ações de maior qualidade, vinculadas às reais necessidades da população (COSTA, 1998).

O início da década de oitenta caracterizou-se por uma crise na economia capitalista e conseqüentemente no sistema previdenciário social brasileiro que era o principal financiador do sistema de assistência médica.

Esta crise da Previdência Social não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesa, mas, emergia de uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução do valor real dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, principalmente através da rede conveniada e credenciada, decorrentes, dentre outras questões, da forma de financiamento adotada; baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal; custos crescentes da

assistência médica pela incorporação de novas tecnologias; bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa. Diante desse quadro, são desencadeadas medidas que culminaram com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) através do decreto 86329 em 1981, o qual tinha como objetivo fundamental a revisão gradual do modelo médico assistencial da Previdência Social (PEREIRA, 1996, p. 33) .

As Ações Integradas de Saúde-AIS- lançaram as bases precursoras do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde –SUDS- e este, por sua vez, já incorporava o pensamento do Projeto da Reforma Sanitária, elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que apontava para um Sistema Único de Saúde SUS. O SUDS se constituiu em mais um passo para a construção do SUS, embora não tenha provocado mudanças radicais de serviços nem ao menos no modelo assistencial, por conta da conjuntura em que se deu e dos entraves políticos, burocráticos e financeiros do Governo da Nova República. O SUDS, principalmente, não promoveu a efetiva descentralização administrativa para os municípios e desconsiderou a questão da participação popular, elemento imprescindível para o sucesso das reformas propostas.

Os desdobramentos da luta pela Reforma Sanitária influenciaram a aprovação do capítulo da saúde na nova Constituição, no qual se introduz um conceito ampliado de saúde, garantido por políticas sociais e econômicas, sendo contemplados os princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, para a construção de um Sistema Único, regionalizado e hierarquizado, com acesso universal igualitário (ESCODA; LIMA, 1992; COSTA, 1998).

Esses pontos foram detalhados e regulamentados na Lei nº 8.080, de 10/9/90 e Lei nº 8.149, de 28/12/90, que dispõem sobre a participação e controle social na gestão do SUS (MENDES, 1995).

É neste contexto jurídico-político que acontece a IX Conferência Nacional de Saúde, no momento em que o processo de municipalização se debate com inúmeros

obstáculos: a questão do financiamento do SUS, que exige melhor definição e direcionamento e a participação popular que é dificultada também pela crise econômico-financeira. Essa participação é mais do que nunca necessária para garantir a concretização dos avanços inscritos na lei e no plano do discurso teórico e da vontade do chamado “Partido Sanitário” (KOGA, 2003). Desta maneira, percebemos que o PSF foi uma das iniciativas coerentes com os princípios da Reforma Sanitária, visando reordenar o modelo assistencial de saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde.

Em 1991 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Este programa já previa a vinculação dos indivíduos e famílias com as Unidades Básicas de Saúde. O Agente Comunitário representava o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. “Este agente, sendo uma pessoa da própria comunidade e, portanto, identificado com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular” (PIRES, 2000, p. 7).

Segundo a Sociedade Mineira de Medicina de família/SES, o estado de Minas Gerais em 2004 contava com 713 municípios, possuindo 2571 equipes de saúde da família, 18372 ACS e uma cobertura de 48, 35%.

Concordamos com Campos (2003, p.79), quando afirma que “princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local e promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor”, porém, ressalta que, apesar dos avanços que experimenta a saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização, entra-se no século XXI com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à atenção à saúde de alguma natureza.

Souza (2001) relata que a estratégia da saúde da família traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral, no trabalho em equipe, na incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe, no vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades, na incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e na necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico e o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica.

Há que ressaltar, entretanto, que devido à formação tradicional clínica e especializada, pautada no assistencialismo individual e curativo, respaldado por uma tecnologia altamente sofisticada, muitas vezes os profissionais integrantes das equipes não estão preparados para a mudança de paradigma centrado na promoção de saúde. Em 1996, o Ministério da Saúde propôs aos serviços e às instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação das equipes de saúde da família pudesse ser concretizado e fosse ainda possível influenciar no processo de formação desses profissionais.

Assim, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF (BRASIL, 2000a). Os Pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituição voltada para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. “São vinculados às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde, para implementarem programas direcionados aos profissionais da equipe de Saúde da família em um ou mais municípios” (BRASIL, 2000a).

Dentre as possibilidades de articulação e desenvolvimento do conjunto de ações de saúde mental nos PSF, Scóz ; Felini (2003) sugerem:

- Capacitação e supervisão para equipes de saúde da família incluindo todos os seus integrantes, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos, direito dos portadores de transtornos mentais, de reforma psiquiátrica, família, grupos e rede social; intervenção na crise; problemas relacionados a álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS, uso de psicofármacos, entre outros;
- Intervenções familiares comunitárias conjuntas como instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais. Olhar atento e sensível aos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos).
- Integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo PSF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas).

Sendo o PSF uma estratégia que trabalha com promoção de saúde, acrescentamos, ainda, a importância da educação permanente na formação dos profissionais e nos grupos com a população.

Para Scoz e Felini (2003), em se tratando de PSF e Reforma Psiquiátrica, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar. A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e na exclusão social intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial.

Concomitantemente, o grupo familiar, parceiro deste modelo, deve assumir seu papel de ajudar o membro mais fragilizado a conviver com a situação e, desta forma, diminuir as re-internações.

Foi com o propósito de despertar a consciência dos profissionais das ESF, e, conseqüentemente, de contribuir para melhorar a assistência prestada à saúde mental da população, que nos propusemos a desenvolver ações educativas, relacionados ao tema dos transtornos mentais. Nossa meta é, portanto, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de transtorno mental e às suas famílias, através de educação permanente.

2.5 Educação Continuada e Educação Permanente

A educação, segundo Brasil (1999), é um processo de desenvolvimento integral do homem, de maneira que coincida com o conceito geral de que o desenvolvimento deve ter características de globalidade, integralidade e continuidade.

Educação continuada pode ser entendida como um processo de continuidade de formação, que encontra em si mesmo a sua finalidade. A educação continuada trata da continuidade da formação profissional, trazendo novas reflexões sobre a ação profissional e novos meios para desenvolver e aprimorar o trabalho; um processo permanente do conhecimento e desenvolvimento profissional, a partir da formação inicial e vista como uma proposta mais ampla.

Para Ricas (1994), educação continuada seria um conjunto de experiências que seguem a formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades. Sob essa ótica, caracteriza-se a competência como atributo individual vinculado ao domínio de conhecimento e habilidades para a qual, sem dúvida, as ações de educação continuada podem contribuir de forma valorosa. Assim, podem ser consideradas educações continuadas: cursos, congressos e eventos por interesses pessoais e profissionais

ou eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, organizados pela instituição trabalhista.

A I Conferência de Recursos Humanos, ocorrida em 1986 define educação continuada como um “processo organizado permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários”, afirmando que este deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada inter-institucional, podendo a médio prazo interferir mais fortemente na graduação universitária (RIBEIRO; MOTTA, 1999).

Para esses autores, a educação continuada é um processo educativo técnico direcionado no desempenho de categorias profissionais, em suas funções determinadas tecnicamente e na divisão de trabalho.

Assim, devemos privilegiar a educação permanente, uma vez que essa, direciona-se à toda a equipe, buscando o desenvolvimento e crescimento profissional da equipe, buscando uma melhoria na qualidade de assistência.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2000 b) os compromissos estabelecidos nos pólos de capacitação para a ESF, entre as instituições de ensino e serviços, estão dirigidos para ações de curto, médio e longo prazos. Nas ações de curto prazo estão a oferta de curso introdutório para Equipes de Saúde da Família e cursos de atualização e aperfeiçoamento destinados às abordagens da saúde coletiva e clínica individual, objetivando a permanente melhoria da resolubilidade das equipes.

As ações de médio e longo prazo são: implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais da ESF, utilizando cursos curtos e presenciais, educação à distância ou modalidades associadas; implantar cursos de especialização e residência em saúde da família ou outras formas de graduação para médicos, enfermeiros,

odontólogos e outros profissionais, e desenvolver iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.

A educação permanente em saúde tem objetivo de transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Rovere (1994, p. 14) sintetiza a educação permanente em serviço como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população”.

Desde uma perspectiva pedagógica, a educação permanente em serviço situa-se no contexto de uma virada no pensamento da educação profissional na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem. Ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a educação permanente não procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços (BRASIL, 2000 b).

Para diminuir a distância entre a formação dos profissionais do PSF e as exigências do mercado de trabalho, configuradas pelos programas de atenção primária à saúde, o Ministério da Saúde tem estimulado parcerias entre os serviços e as universidades, “para redimensionar a formação no nível dos cursos de graduação e garantir a formação permanente dos profissionais, bem como dos agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2000 b).

OBJETIVOS

- Identificar e descrever a situação dos profissionais da equipe do PSF, em relação à assistência oferecida aos portadores de transtornos mentais e seus familiares segundo as variáveis: conhecimento do tema, condutas adotadas e dificuldades vivenciadas;
- Criar oportunidades de educação permanente, visando à aquisição de conhecimentos, para oferecer assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares;
- Verificar a ocorrência de aprendizagem específica desses profissionais sobre transtornos mentais e meios de oferecer assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares.

PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Pesquisa Qualitativa

Na presente investigação, escolhemos a abordagem qualitativa, tendo em vista sua adequação a este trabalho, que pretende criar oportunidades para os participantes refletirem sobre sua atuação junto às famílias de portadores de transtorno mental, através de um processo pelo qual irão elucidar sua realidade, identificar dificuldades e apontar soluções para os problemas, a partir de suas próprias perspectivas.

A pesquisa, segundo Gil (1987), é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos.

Temos como possíveis caminhos para realizar uma pesquisa, o método quantitativo, que tem suas bases originadas do positivismo, e o qualitativo, que se originou nas ciências sociais. De acordo com Minayo (1993), é tarefa da pesquisa qualitativa a compreensão da realidade humana vivida socialmente e totalmente diversa do mundo das ciências naturais.

Simões (2001), citando Chizzotti, lembra a adequação da utilização da pesquisa qualitativa quando se busca o esclarecimento de uma situação que leve os próprios pesquisados a tomarem consciência de seus problemas e das condições que os geram, bem como a elaborarem estratégias de solução.

Bogdan; Biklen (1994) utilizam a expressão investigação qualitativa para designar o agrupamento de diversas estratégias de investigação que possuem características em comum, destacando como as mais representativas, a observação participante e a entrevista em profundidade.

Esses autores referem algumas características que definem a pesquisa qualitativa, tais como: ser descritiva do processo e não só do produto; utilizar o ambiente natural como fonte direta, em que o pesquisador é instrumento chave; a análise dos dados deve ser indutiva, sendo o significado a preocupação essencial.

4.2 A Pesquisa Participante e a Pesquisa-Ação

Dentre as estratégias metodológicas para condução de uma investigação qualitativa, escolhemos a pesquisa participante, que segundo Borda (1990) é uma pesquisa direcionada para as necessidades básicas do indivíduo. “Nesta concepção está implícita a idéia de uma integração total, uma participação ativa da comunidade junto ao pesquisador, durante todo o desenvolvimento da investigação, contribuindo para a produção do conhecimento científico” (SIMÕES, 2001, p. 59).

Borda (1990) aponta seis princípios metodológicos da pesquisa participante:

- Autenticidade e compromisso: o pesquisador deve demonstrar claramente seu compromisso com a causa popular;
- Antidogmatismo: evitar idéias preestabelecidas ou princípios ideológicos;
- Restituição Sistemática: retorno sistemático e organizado da cultura para a formação de um novo conhecimento em nível popular, seguindo-se as regras da comunicação diferencial (adequação e adaptação ao nível de desenvolvimento dos grupos participantes); simplicidade de comunicação; auto-investigação e controle (controle da investigação pelos movimentos de grupo) e popularização técnica (tornar as técnicas de pesquisa acessíveis ao grupo);

- *Feedback* para os intelectuais orgânicos: *feedback* dialético das bases para os intelectuais engajados, para conduzir a uma diferenciação de papéis mutuamente reconhecida;
- Ritmo e equilíbrio de ação-reflexão: adoção de um ritmo específico no tempo e no espaço, para conseguir uma articulação entre o conhecimento concreto e o geral, mantendo uma sincronização permanente da reflexão e da ação no trabalho de campo;
- Ciência modesta e técnicas dialogais: a tarefa científica pode ser realizada em condições insatisfatórias e primitivas com o uso de recursos locais; o pesquisador deve aprender a ouvir discursos em diferentes sintaxes culturais e realmente querer descobrir; romper com as relações de assimetria social (entrevistador-entrevistado). incorporar pessoas de base social diferente da sua, como indivíduos ativos e pensantes nos esforços da pesquisa.

A pesquisa-ação, por sua vez, além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontra em propostas de pesquisa participante (THIOLLENT, 1992).

Para o autor, toda pesquisa-ação é do tipo participante e, no entanto, nem toda pesquisa participante é pesquisa-ação. A pesquisa-ação, de acordo com Thiollent (1992), é um tipo de pesquisa social, concebida e realizada em associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e através da qual pesquisadores e participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Os principais aspectos da pesquisa-ação também são apresentados pelo autor, destacando: a interação ampla e explícita entre pesquisador e pessoas implicadas na situação investigada; a prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas, como resultantes dessa interação; o objeto da investigação é constituído pela situação social e pelos problemas encontrados e o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou esclarecer os problemas observados.

Buscando aprofundar os conhecimentos e a compreensão das formas de abordagem dos familiares de portadores de transtornos mentais, instrumentalizamo-nos com a pesquisa-ação, uma vez que, segundo Thiollent (1992), a instauração de tal estratégia oferece aos membros da equipe a oportunidade de falar, de pensar autenticamente e reunir-se para análise conjunta dos problemas vivenciados no cotidiano do trabalho.

4.3 Contextualizando o local da pesquisa

A cidade de Conquista/MG foi escolhida por ter duas equipes de PSF com cobertura de 100 % da população, por ser um município que envia pacientes psiquiátricos para o Hospital Psiquiátrico de Uberaba/MG e pela relação entre a pesquisadora com as equipes e com o gestor de saúde daquela cidade, o que facilitou o acesso ao campo.

Como essa cidade está situada no Estado de Minas Gerais, vamos contextualizar o desenvolvimento da psiquiatria nesse estado.

4.3.1 A assistência em Saúde Mental em Minas Gerais

Foi internado o primeiro paciente psiquiátrico no estado de Minas Gerais, no dia 24 de janeiro de 1817, na Santa Casa de São João Del Rey, no seu anexo para loucos.

Certamente, tivemos ali, nossa primeira unidade psiquiátrica em hospital geral, que funcionou até 1902. Até então, ou alhures, os alienados vagavam pelas vias públicas ou eram reclusos às cadeias. Em 1903, em Barbacena, instalou-se o Hospital de Assistência a alienados centralizando recursos que eram aplicados em várias santas casas. Em 1911, instalou-se a Colônia em Barbacena, sob o princípio de que o alienado deve trabalhar. Entrementes a superlotação hospitalar afogou todos os planos de um trabalho terapêutico (BARRETO 2005, p. 1).

A solução encontrada foi a criação de um novo hospital Psiquiátrico, em Belo Horizonte, em 1822 - Instituto de Neuropsiquiatria -, mais tarde, Instituto Raul Soares. Segundo o autor, este chegou a desfrutar do status do hospital modelo, para, em seguida cair na rotina de superlotação e cárcere.

Outros hospitais psiquiátricos públicos: o Hospital Psiquiátrico de Oliveira (1924), o Manicômio Judiciário de Barbacena (1929), o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (1947) e o Hospital Galba Veloso (1962), entre outros.

Nesse momento surgem os hospitais privados. A internação de pacientes particulares - os contribuintes - já era realizada no Hospital Colônia de Barbacena. Contudo, a primeira clínica particular foi a Casa de Saúde Santa Clara, de Belo Horizonte, fundada em 1937. Em 1953 existiam em Minas Gerais 16 clínicas privadas, embora a maior capacidade de internação ficasse por conta dos hospitais públicos, grandes manicômios. As clínicas desenvolviam atuação puramente comercial; estavam precariamente instaladas e não tinham vocação terapêutica (BARRETO, 2005).

Em 1991, a proporção havia mudado, dos 8087 pacientes psiquiátricos internados nos Estado de Minas Gerais, 1266 estavam em seis hospitais públicos e 6861 em trinta hospitais privados, contratados pelo Sistema Único de Saúde.

Até aqui a história da psiquiatria mineira está dominada pela história de seus manicômios. Uma história de segregação, brutalidade e mercantilismo, onde o interesse terapêutico só apareceu em momentos efêmeros ou em iniciativas isoladas (BARRETO, 2005, p. 5).

O ano de 1979 marcou a virada decisiva, culminando com o trabalho de mais de dez anos, a Residência de Psiquiatria da FHEMIG- Federação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (fundada no Hospital Galba Veloso, em 1968 e transferida para o Instituto Raul Soares em 1971)- programou o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, para apresentar e discutir as suas teses. O programa não restringia o debate aos profissionais da área, pelo contrário, pretendia que a participação fosse a mais ampla possível. O êxito foi grande. O Congresso seria realizado em dezembro; desde agosto começaram as denúncias e as publicações nos jornais. Em setembro, numa decisão histórica, o Secretário da Saúde abriu as portas de todos os hospitais psiquiátricos públicos à imprensa. Veio a série de reportagens intitulada *Nos porões da Loucura*, além do filme *Em nome da Razão*. Em dezembro, com as presenças de Basaglia e de Castel, realizou-se o Congresso, com renovação das denúncias e a apresentação de propostas da reformulação da política de saúde mental. “Hoje, avaliando retrospectivamente, podemos dizer que teve início ali a Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais (BARRETO, 2005, p. 7).

Em 1980, com o apoio do Secretário da Saúde e da direção geral da FHEMIG, instalou-se o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública, que teve início no Instituto Raul Soares e posteriormente se estendeu ao Hospital Galba Veloso, ao Centro

Psicopedagógico (ex-Hospital Neuropsiquiatria Infantil) e ao Centro Hospitalar de Barbacena.

Segundo o autor, a questão, porém, deixou de ser a mudança dos hospitais psiquiátricos. A partir de 1987, o movimento de saúde mental de Minas adotou as teses do II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, que propõe “uma sociedade sem manicômios”. Tratava-se não somente da transformação do hospital, mas de sua extinção, de sua substituição gradativa pelo modelo de saúde mental: ambulatorios, hospitais-dia, serviços de urgência, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência e pensões protegidas.

Com esses objetivos têm sido criados na capital e no interior do estado de Minas Gerais serviços de saúde mental como os referidos. Entretanto, os recursos para a saúde mental são limitados e ainda se encontram concentrados no modelo manicomial.

Numa tentativa de formalizar suas propostas, avançar na sua realização e implicar setores atuantes da sociedade, o movimento de saúde mental de Minas Gerais elaborou o projeto de Lei nº 11802. Aprovada em dezembro de 1994 pela Assembléia Legislativa de Minas Gerais, a referida lei da reforma psiquiátrica de Minas foi assinada pelo Secretário da Saúde e sancionada pelo Governador em Janeiro de 1995 e encontra-se em fase de regulamentação.

...o que distingue o movimento da reforma psiquiátrica de Minas é a consideração e o entrecruzamento de três eixos básicos: a psiquiatria, a psicanálise e a dimensão sócio-política. Complexa elaboração, num contexto onde tiveram audiência Pinel e Kraepelin, Freud e Lacan, Foucault e Basaglia (BARRETO, 2005, p. 7).

4.3.2 Características gerais do município de Conquista/MG

A cidade de Conquista, onde foi desenvolvido o trabalho, está localizada no Triângulo Mineiro, em Minas Gerais; foi fundada¹ com as expedições que, no início de século XIX, vieram explorar a região. O território foi dividido em sesmarias pelo governo de Goiás e as terras que formam o município foram doadas ao português Manoel Bernardes Nazianzeno da Silveira.

As terras tiveram vários proprietários e em 1888 o Cel. Francisco Meireles do Carmo construiu a estrada de ferro Mogiana.

Conquista tornou-se distrito de Sacramento em 1892 e emancipou-se em 1911. Durante algum tempo, o município viveu crescimento econômico acelerado.

Dois fatores foram marcantes para isso: a estrada de ferro Mogiana e a chegada dos imigrantes italianos e portugueses. Esses imigrantes marcaram presença na história do município, o que se vê nos casarões típicos da época e nos nomes das tradicionais famílias de Conquista.

A cidade preserva também tradições e costumes da cultura da Bahia, principalmente na religiosidade. Isso aconteceu com a vinda de trabalhadores daquele estado, o que se repete até os dias atuais, nas épocas de colheita da cana-de-açúcar.

Com uma área de 618 km², dista de Belo Horizonte em 476 km e de Uberaba em Conquista 47 km. O município é composto por três distritos: Conquista, Guaxima e Jubaí. A Comarca de Conquista foi criada em 01/10/1935.

¹Informações obtidas nos Boletins Informativos da Câmara Municipal de Conquista, ano 1 e 2, junho/julho 2003 e agosto e setembro de 2003.

A cidade foi meticulosamente traçada pelo sertanista e engenheiro Crispiniano Tavares, por isso, suas ruas e avenidas são largas e retilíneas.

A vida do município gira em torno da agricultura e da pecuária, sendo seus produtos principais o café, arroz, milho, feijão, cana-de-açúcar, aguardente e álcool.

Com uma produção de 1 milhão e 280 mil toneladas de cana-de-açúcar, o município, hoje, é um dos maiores fabricantes mineiros de açúcar cristal e álcool carburante, de acordo com dados da Prefeitura Municipal. Conta ainda com outras pequenas indústrias e estabelecimentos comerciais. Está ligada a Belo Horizonte por vias ferroviária e rodoviária.

A população de Conquista é composta por 6706 habitantes, sendo que 4998 vivem no meio urbano e 1708 no meio rural.

4.3.3 A evolução do Sistema de Saúde em Conquista/MG

A assistência à saúde em Conquista² começou com a inauguração de um sanatório na década de 30, construído pelo Dr. Rodolfo Furiati. Na época, era um hospital moderno com vários apartamentos, sala de pré-consulta, sala de cirurgia, cozinha, refeitório, recepção, sala de visitas, amplo jardim, quintal e com horta. O Sanatório funcionou até 1960, quando foi inaugurada a Santa Casa de Misericórdia, que com instalações mais modernas para a época, passou a atender à demanda de toda a população, com dois médicos.

A saúde primária em Conquista começou com a criação de um posto de saúde do Estado de Minas Gerais na década de 70; posteriormente foi construído pela Secretaria do Estado de Minas Gerais um novo prédio.

²Relato do Sr. Secretário de saúde Dr. João Anacleto Sampaio

Foi nomeado um médico e uma auxiliar de enfermagem para iniciar os trabalhos de vacinação e combate à hanseníase, tuberculose, febre-amarela e outras doenças.

A prefeitura fez um convênio com a Sociedade Canavieira para a construção de um novo posto de saúde para atender aos trabalhadores canavieiros e posteriormente a toda a população, em 1989.

Nesse período também foram construídos mais dois postos de saúde, um em Guaxima e outro em Jubaí, para o atendimento da população desses distritos. A municipalização da saúde foi concretizada em 1992 com o prefeito Lourival Bizinoto.

A criação e instalação da Secretaria Municipal de Saúde foram feitas no período de 1993-1996.

Na administração de 1997-2000, o então Secretário de Saúde implantou o primeiro PSF em Conquista, que contava com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Em 2001, na administração do prefeito Gumercindo Mazeto, foi criado um novo PSF em substituição ao já existente, por exigência da coordenadora de PSF da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) de Uberaba, porque o antigo PSF não cumpria as determinações do Ministério da Saúde.

Este novo PSF foi instalado obedecendo-se aos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, ou seja, conta com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma secretária, um serviçal e seis agentes comunitários de saúde. O novo PSF possui sede própria, com todos os equipamentos necessários para um bom funcionamento. Posteriormente foi introduzida uma equipe de saúde bucal com cirurgião dentista e auxiliar. A seguir foi criado um segundo PSF com as mesmas características do

primeiro. Atualmente Conquista conta com duas equipes de PSF, um posto de saúde dos canavieiros e a Santa Casa de Misericórdia.

Com a desativação do hospital psiquiátrico em 1960, as pessoas portadoras de transtornos mentais moradoras em Conquista/MG, eram enviadas para internação e tratamento em Santa Maria (distrito de Sacramento). Esse hospital de Santa Maria também foi desativado em 2001, passando então os pacientes portadores de transtorno mentais serem atendidos pelos médicos das equipes de PSF, e quando necessário encaminhados são para o Sanatório Espírita de Uberaba/MG.

4.4 Participantes da Pesquisa

4.4.1 Os sujeitos da pesquisa

Na primeira fase da pesquisa, ou seja, no momento em que se buscou realizar o diagnóstico da situação vivenciada pelos profissionais, em relação ao atendimento dos portadores de transtorno mental e seus familiares, participaram da entrevista os seguintes profissionais: 09 agentes comunitários de saúde (ACS), 02 enfermeiros, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico e 01 recepcionista integrantes de dois Programas de Saúde da Família de Conquista/MG.

Posteriormente, na constituição do grupo permanente da pesquisa, houve a desistência do médico, da recepcionista e da auxiliar de enfermagem, com a justificativa de incompatibilidade de horário e da demanda do serviço. Entre a primeira e a segunda fase da pesquisa foram contratados 03 ACS que fizeram parte da segunda fase. Diante disso, os participantes da atividade educativa totalizaram 16 profissionais, conforme apresentamos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo cargo, grau de escolaridade, tempo na instituição, e idade

Cargo	Grau de escolaridade	Tempo de trabalho no PSF	Idade
ACS I	2º grau	3 anos	23 anos
ACS II	2º grau	3 meses	23 anos
ACS III	3º grau incompleto	4 anos	23 anos
ACS IV	1º grau incompleto	3,6 anos	43 anos
ACS V	2º grau	3,5 anos	26 anos
ACS VI	2º grau	1 ano	30 anos
ACS VII	3º grau incompleto	3 meses	27 anos
ACS VIII	3º grau	3 meses	28 anos
ACS IX	2º grau	1 ano	26 anos
ACS X	2º grau	1,8 anos	23 anos
ACS XI	2º grau incompleto	2 anos	27 anos
ACS XII	2º grau	2 anos	20 anos
Enfermeira I	3º grau	06 meses	23 anos
Enfermeira II	3º grau	3 anos	29 anos
Dentista I	3º grau	2 anos	27 anos
Dentista II	3º grau	3,5 anos	27 anos

4.4.2 Etapas do desenvolvimento da pesquisa

Para criar oportunidades que possibilitassem a reflexão sobre o desenvolvimento de habilidades para trabalhar junto a familiares de portadores de transtorno mental, procuramos aproveitar a experiência dos trabalhadores das ESF. Assim percorremos as seguintes etapas:

- Identificação dos problemas/dificuldades;
- Realização de uma análise dos problemas/dificuldades;
- Busca de alternativas de soluções;
- Planejamento das ações;
- Implementação de ações educativas;
- Avaliação.

4.5 Primeira fase da pesquisa: diagnóstico da situação

- **Procedimento de coleta e análise dos dados**

Para a identificação dos problemas/dificuldades, vivenciados pelos trabalhadores das equipes de PSF, em relação à abordagem dos portadores e das famílias de portadores de transtornos mentais, bem como o levantamento do seu nível de conhecimento sobre transtornos mentais, realizamos observação participante, dinâmica e entrevista semi-estruturada, procurando elucidar conhecimentos prévios.

Essa fase compreendeu a fase de diagnóstico da situação vivenciada pelos participantes e de suas necessidades para elaborar propostas educativas e possíveis intervenções. Foi também o momento de divulgação do projeto de pesquisa.

Iniciamos pesquisa participante, com caráter diagnóstico, fazendo uso de diário de campo e anotações, no período de agosto a dezembro de 2004, totalizando 10 encontros com a equipe 1 e 09 encontros com a equipe 2, perfazendo um total de 84 horas com uma equipe e 68 horas com a outra. Essa diferença no total de encontros em cada equipe deveu-se a elucidação do tema em questão, mais rápido em uma equipe do que na outra.

Nesses encontros acompanhamos as enfermeiras nas consultas de enfermagem, nas visitas e reuniões com a equipe; participamos com os ACS nas atividades de visitas, fazendo uso de observação do campo e anotações, assistimos a consulta médica e odontológica (APÊNDICE 4).

As entrevistas foram feitas concomitantemente às atividades de observação participante, ou seja, pela manhã saíamos para fazer visita ou outros procedimentos; à tarde fazíamos as entrevistas no próprio local de trabalho. Os participantes mostraram muito interesse pelo trabalho e parecem terem sido despertados, a partir daquele momento, para o problema dos transtornos mentais.

Para realização das entrevistas foram utilizados dois instrumentos semi-estruturados, sendo um para os agentes comunitários de saúde e outro para os médicos, enfermeiros e dentistas (APÊNDICE 1 e 2).

Em nosso primeiro contato com as equipes identificamos as expectativas, os problemas da situação atual e as características dos participantes, para traçarmos um diagnóstico da situação, bem como as metas de ação.

Além das entrevistas, fizemos uso da dinâmica de Brainstorming, que segundo Minicucci (2001), é conhecida também com o nome de tempestade de idéias. Segundo o autor é um tipo de interação em um grupo pequeno, concebido para incentivar a livre promoção de idéias sem restrições e nem limitações à exequibilidade delas.

Seguimos o método de Gordon que enfatiza a originalidade do método consistindo principalmente em colocar a questão geradora sobre as necessidades ou problemas do grupo.

Para Minicucci (2001) esta maneira de proceder está destinada a deixar a imaginação dos participantes trabalhar não somente ao nível de uma reavaliação dos aspectos pessoais do participante, mas ao nível dos fundamentos do próprio problema. Ainda segundo esse autor, as fases de um Brainstorming são três:

a) Exposição de abertura-apresentação do problema. Esta exposição é feita pelo animador. Dura de 10 a 20 minutos. Ao término de sua apresentação, o animador resume o problema em uma só questão perfeitamente clara;

b) Exposição de idéias: fase produtiva do brainstorming. Dura em média de 60 a 90 minutos;

c) Fase de escrutínio-seleção das idéias emitidas ou escolha das idéias obtidas. Duração variável.

As informações coletadas na primeira fase da pesquisa foram submetidas aos procedimentos de análise, fundamentada na proposta de Thiollent (1992), sendo classificadas de acordo com os princípios de uma análise temática. O referido autor propõe uma análise de conteúdo simplificada, cujo detalhamento técnico é suficiente para interpretar os resultados iniciais. Assim foram listadas as principais informações.

Assim, a partir de dados observados, entrevista e dinâmica, extraímos temas que percebemos ser de interesse geral e assim, elaboramos uma proposta que pudesse vir ao encontro das necessidades dos participantes.

4.6 Segunda fase da pesquisa: planejamento e implementação da atividade educativa

Pelas falas dos participantes, percebemos que estes tiveram algumas dificuldades de nomear os conteúdos, embora demonstrassem suas necessidades de aprendizado, ansiedade e urgência em relação às atividades educativas; sendo assim, após análise do que foi exposto, selecionamos alguns temas que foram apresentados às equipes, em uma reunião previamente agendada, em que houve discussão e reflexão acerca dos temas levantados.

Após termos definidos os temas, os conteúdos, objetivos gerais e específicos; estratégias e recursos pedagógicos definimos os mecanismos de avaliação e selecionamos as referências bibliográficas, partindo posteriormente para a apreciação da equipe, adequação e implementação da oficina.

Tendo como ponto de partida o diagnóstico da situação dos trabalhadores do PSF quanto aos conhecimentos sobre transtornos mentais, realizado na fase anterior, passamos à concepção e implementação das ações educativas, visando uma preparação para esses trabalhadores atuarem junto a portadores transtornos mentais e familiares.

4.6.1 PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA

Oficina: Transtornos Mentais e Intervenções Familiares

Primeiro Encontro: tema: Relacionamento interpessoal

Local: Conquista

Horário: 9 às 11 e 14 às 16 horas

Participantes: Manhã: 08 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Tarde: 07 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista.

Objetivo geral: Ressaltar a importância de manter relações interpessoais mais harmoniosas com a equipe e familiares dos pacientes de portadores de transtornos mentais, das áreas adscritas

Objetivo específico	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1- Conceituar relacionamento interpessoal; 2- Identificar os fatores que interferem no relacionamento interpessoal.	1-Competência interpessoal; 2- O “feedback” nas relações interpessoais; 3- O processo de comunicação nas relações.	-Apresentação do tema; -Dinâmica de aquecimento: cadeiras -Discussão sobre a experiência vivida; -Discussão em comum sobre pontos fortes e fracos de cada um acerca do relacionamento interpessoal; -Dramatização do texto sobre comunicação; -Síntese final	- Materiais: cadeiras, textos, multimídia.	-Elaboração e verbalização de síntese, listando habilidades que facilitam a interação em situações interpessoais; -Auto-avaliação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental - Secretaria de Gestão em Investimento em Saúde Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Cadernos do aluno:** saúde mental. 2ed. (Brasília, DF, 2002 c).

MOSCOVICI, P. **Desenvolvimento interpessoal:** treinamento em grupo 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 1998. Cap. 3.

Tema: relacionamento interpessoal**1º Encontro**

- 1) Comentar sobre a experiência vivida na dinâmica;
- 2) Descrever a dificuldade de “enxergar” realmente o colega;
- 3) Discutir sobre fatores que interferem no relacionamento interpessoal;
- 4) Distribuir o texto: “o fotógrafo” e pedir para que três voluntários encenem a história;
 - a)- Solicitar ao grupo para que expresse opiniões, sentimentos e crenças sobre relacionamento humano;
 - b)- Como trabalhar bem com os outros?
 - c)- Como melhorar as formas de comunicação?
 - d)- Como conseguir uma convivência razoavelmente satisfatória e produtiva?
- 5)- Realizar avaliação dos trabalhos.

Oficina: Transtornos Mentais e Intervenções Familiares**Segundo Encontro: Tema: Família**

Local: Conquista

Horário: 9 às 11 horas e 14 às 16 horas

Participantes: Manhã: 07 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista.

Tarde: 08 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista.

Objetivo geral: Compreender e identificar a importância da família no desenvolvimento da saúde mental.

Objetivo específico	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1-Definir o termo família; 2-Discutir sobre as funções da família; 3-Identificar os estágios de desenvolvimento da família de acordo com Duvall.	-Conceitos e funções da família; -Estrutura familiar; -Estágios desenvolvimentais da família; - Ética na abordagem familiar.	-Apresentação do tema; -Dinâmica de aquecimento: Brainstorming; -Discussão sobre a experiência vivida; -Confecção de cartazes sobre significados da família; -Síntese final.	-Materiais: papel-cartaz, revistas, cola, tesouras, pincéis, textos, multimídia.	-Elaboração e verbalização de síntese, listando entendimento e conceitos sobre família; -Auto-avaliação:

Referências:

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2004.

Tema: família

Roteiro do 2º encontro

- 1- Exposição verbal do tema Família;
- 2- Dinâmica de Aquecimento: Brainstorming;
- 3- Objetivo: Deixar os participantes à vontade, expressando livremente o que pensavam sobre o tema em uma palavra;
- 4- Comentar sobre a experiência;
 - a) Se achou difícil ou não e porquê;
 - b) Porque algumas pessoas não quiseram ou não souberam se expressar;
- 5- Confecção de cartazes em grupos de 3 pessoas sobre o entendimento do grupo sobre o tema família;
 - a) Recortar gravuras, colar e escrever livremente sobre o tema;
 - b) Colar os cartazes na parede;

- c) Brincadeira do museu: Visitação aos cartazes como obra de arte, durante a qual os “artistas” comentavam sobre suas obras;
- d) Expressão sobre a experiência vivenciada;
- 6) Síntese pelo orientador e alunos;
- 7) Avaliação: auto-avaliação.

Oficina: Transtornos Mentais e Intervenções Familiares

Terceiro encontro: Tema: Crise / saúde mental

Local: Conquista **horário:** 9 às 11 horas e 14 às 16 horas

Participantes: Manhã: 08 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista
 Tarde: 07 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Objetivo geral: Refletir sobre o estado de crise e importância da intervenção para garantir saúde mental.

Objetivo específico	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1- Conceituar o termo crise; 2- Identificar os estados de crise; 3- Apontar as causas dos transtornos mentais.	- Definição de crise; - Caracterização de um estado de crise; - Causas dos transtornos mentais.	- Apresentação do tema; - Dinâmica de aquecimento: do palito; - Discussão sobre a experiência vivida; Filme: “Porque o besouro atravessa a rua”; - Aula expositiva dialogada; - Síntese final.	- Materiais: palitos de sorvetes, tv e vídeo	- Elaboração e verbalização de síntese, destacando tipos de crises, e consequências dessas para saúde mental; - Auto-avaliação.

Referência:

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Tema: Crise/saúde mental**Roteiro do 3º encontro**

1- Exposição verbal do tema Família;

2- Dinâmica de Aquecimento: O PALITO;

a) Em duplas os participantes deveriam segurar o palito com apenas um dedo e movimentar os braços de acordo com a música, lentamente, deixando-se conduzir e depois mais rápido; conforme a música;

b) Um participante conduz o braço do outro, depois o fazem concomitantemente, sem deixar o palito cair, como se fosse um paciente que estivesse sendo cuidado pela dupla.

Objetivo: Descontração, integração, sentir a importância do trabalho e ajuda mútua no cuidado do outro.

3- Comentar a experiência vivida;

4 - Filme: Porque o besouro atravessa a rua;

Objetivo: Mostrar que todos tem barreiras, perdas e frustrações, mas que com persistência e objetivo consegue-se adaptar e atingir o almejado;

5- Comentários sobre o entendimento do filme;

6- Aula expositiva dialogada sobre as crises acidentais e de evolução;

7- Síntese e auto-avaliação.

Oficina: Transtornos Mentais e Intervenções Familiares**Quarto encontro: Tema: Características dos principais transtornos mentais**

Local: Conquista

Horário: 9 às 11 horas e 14 às 16 horas

Participantes: Manhã: 07 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Tarde: 08 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Objetivo geral: Reconhecer os sinais e sintomas dos principais transtornos mentais

Objetivo específico	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1- Reconhecer os sinais e sintomas dos transtornos mentais; 2-Identificar portadores de transtornos mentais;	-Transtornos esquizofrênico; - Transtornos de humor; - Transtornos de ansiedade; - Transtornos decorrentes do uso de substâncias psico-ativas.	-Apresentação do tema; -Dinâmica de aquecimento: Teste de QI; -Filme documentário sobre “quem é louco”; Texto de Luís Fernando Veríssimo- (mesmo título); -Discussão sobre a experiência vivida; -Aula expositiva dialogada; -Síntese final.	-Materiais: -tv e vídeo; textos.	-Elaboração e verbalização de síntese, com a descrição de características dos transtornos mentais; -Auto-avaliação.

Referências:

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**, 13ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental - Secretaria de Gestão em Investimento em Saúde Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Cadernos do aluno:** saúde mental. 2.ed. Brasília, DF, (2002c).

Tema: Transtornos mentais

Roteiro do 4º encontro

1- Exposição verbal do tema;

2- Dinâmica de Aquecimento: Teste de QI;

Objetivo: Descontração e recreação;

3- Texto de Luís Fernando Veríssimo: “Quem é louco”;

4- Filme documentário sobre o mesmo tema;

5- Discussão sobre o texto e o filme: impressões, preconceitos e anseios;

6- Aula expositiva dialogada;

7-Auto- avaliação.

Oficina: Transtornos Mentais e Intervenções Familiares

Quinto encontro: Tema: Formas de tratamento e abordagem do portador de transtorno mental e seus familiares.

Local: Conquista

Horário: 9 às 11 horas e 14 às 16 horas

Participantes: Manhã: 08 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Tarde: 07 ACS, 01 enfermeiro, 01 dentista

Objetivo geral: Ressaltar a importância das abordagens familiares e dos portadores de transtornos mentais para melhor aceitação desses familiares.

Objetivo específico	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1- Identificar formas de tratamento para o portador de transtorno mental; 2- Apontar as formas de intervenção nas famílias e com os portadores de transtorno mental.	- Tratamento medicamentoso e psicoterápico; - Intervenções da ESF; - Promoção e prevenção em saúde mental.	- Apresentação do tema; - Dinâmica de aquecimento: O Boneco; - Discussão sobre a experiência vivida; - Aula expositiva dialogada; - Síntese final; - Encerramento: cartão coletivo.	- Materiais: boneco, música, multimídia, lápis e canetas coloridas; papel sulfite.	- Elaboração e verbalização de síntese, listando formas de intervenção com familiares de portadores de transtorno mental; - Auto-avaliação.

Referências:

TEIXEIRA, M.B et al. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**, 13ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MILITÃO, R. A. S. **O S. Dinâmica de Grupo**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1998.

Tema: Formas de tratamento e abordagem do familiar e do portador de transtorno mental.

Roteiro do 5º encontro

- 1- Exposição verbal do tema “Formas de tratamentos e abordagens do familiar e do portador de transtorno mental”;
- 2- Dinâmica de Aquecimento: O Boneco;

Objetivo:

a- Refletir sobre a forma de tratamento que damos às pessoas;

b- Colher informações conceituais sobre o tema;

Procedimento:

- a) Escolher um boneco de pelúcia – (ursinho);
 - b) Entregar o boneco para alguma pessoa, após perguntar “ você quer ganhar esse boneco?”
 - c) Informar que precisa realizar algumas perguntas e não gostaria de fazê-las diretamente, por isso
“eu vou colocar uma música e, à proporção em que a música for tocando, vocês devem ir passando o boneco, de mão em mão”;
 - d) Colocar uma música em ritmo acelerado;
 - e) Ficar de costas para o grupo e dar pausa, de vez em quando;
 - f) O facilitador ou um observador deverá anotar o nome de quem ficou com o boneco, no momento em que a música parou;
 - g) Continuar, parando até o final da música;
 - h) Recolher o boneco;
 - i) Pedir que todos escrevam as perguntas que serão respondidas individualmente;
 - j) Conceder um tempo para que as perguntas sejam respondidas;
 - k) Começar as respostas exatamente pelos participantes do ponto, onde parou o boneco;
 - l) No final da dinâmica o boneco poderá ser sorteado entre o grupo;
- 3) Comentar a experiência vivida;

Comentário: “É bom lembrar ao grupo que, da mesma forma que fizeram com o boneco, passando de mão em mão, querendo se livrar dele o mais rápido possível, semelhantemente faz-se com o cliente, as famílias, etc..”.

4) Aula expositiva dialogada;

5) Auto-avaliação.

- 6) Avaliação do treinamento através de estudo de caso.
- 7) Dinâmica de encerramento: cartão coletivo, no qual o participante faz um desenho ou deixa uma mensagem positiva, passando assim, por todos os participantes.

4.6.2 Implementação das ações educativas

Para o desenvolvimento da oficina: “Transtornos Mentais e Intervenções Familiares”, optamos por trabalhar em grupos, com vistas ao enriquecimento cultural e profissional da troca de experiências entre as diferentes categorias profissionais.

Assim, nesta fase, passamos à implementação de ações concretas, visando estimular a equipe a refletir sobre formas de abordagem de familiares de portadores de transtornos mentais, facilitando a aprendizagem.

A partir dos planos confeccionados, seguindo as sugestões dos participantes nos reunimo com a equipe para definição de datas, horários e locais onde pudessem ocorrer as reuniões.

As reuniões aconteceram em dois horários, pela manhã, das 9 às 11 horas e à tarde, das 14 às 16 horas com uma equipe pela manhã e outra no período da tarde. Fizemos 5 encontros com cada equipe, sendo que no último período fizemos a oficina com as duas equipes reunidas, numa forma de confraternização.

Em relação ao local destinado para os encontros, não foi possível utilizar a própria sede das equipes, uma vez que não havia salas disponíveis, assim, utilizamos o salão onde funciona a assistência social para a população carente. Houve participação freqüente de todos os agentes comunitários, das duas enfermeiras e dos dentistas. Uma auxiliar, que não demonstrou interesse em participar do treinamento, ficou na unidade, juntamente com a recepcionista e o médico, fato que ocorreu com as duas equipes. Os médicos e as auxiliares de enfermagem não compareceram a nenhuma reunião.

Assim, acompanhando os planos e os roteiros previamente elaborados, cada encontro teve o seguinte delineamento: rápida apresentação do tema a ser discutido; realização de uma dinâmica de aquecimento, seguida de comentários sobre a experiência vivenciada; introdução de uma dinâmica grupal, para maior aprofundamento da discussão e confrontação de aspectos teóricos e práticos e avaliação dos resultados.

Como coordenadora das ações educativas nossa função foi a de oferecer suporte teórico, estimular as verbalizações das vivências, observar e registrar reações e informações. É oportuno informar que, para isso, contamos com um auxiliar de pesquisa e o uso de um gravador para registrar as falas dos participantes durante as ações educativas.

Assim, concretizando a ação do processo da pesquisa, o trabalho pedagógico foi realizado com a participação dos trabalhadores do PSF, a partir dos temas definidos anteriormente e implementado na forma de oficinas pedagógicas e elucidações dos temas emergentes.

Para tanto, fizemos uso da metodologia conscientizadora de Paulo Freire, pedagogo que causou uma revolução na concepção da prática da educação, do formalismo, em busca de um sentido libertário da cidadania.

Para esse autor, ensinar exige amor, exige humildade, esperança e tolerância para saber conviver com as diferenças. Paulo Freire defendeu uma educação progressiva, crítica, sem normas fixas, mas cada vez mais voltada para o universo do aprendiz e para uma ação localizada, com uma visão crítica e transformadora. Para Freire (2002), não existe treino e sim educação. O ser humano está em adaptação/inserção no mundo; sendo que a adaptação é o ajuste do corpo às condições do meio ambiente e a inserção é a tomada de decisão, pois toda realidade está aí submetida à possibilidade de nossa intervenção. A educação deveria ser uma tentativa constante de mudança de atitude.

Os limites e os espaços na educação são diferentes no passado, no presente e no futuro, mas dependendo do tipo de educação instituída, alguns dos problemas de ontem podem ser os mesmos de hoje e de amanhã, dependendo da escolha entre uma educação domesticadora, atrelada ao passado de exploração física e psíquica, e de rotina, ou uma educação libertadora, engajada com o hoje, com o vigente e com as perspectivas e oportunidades do amanhã, na direção da autonomia, da justiça e da liberdade (DAL POGGETTO, 2002).

Para Gadotti (2000), o método de Paulo Freire poderia ser agrupado em três momentos, dialética e interdisciplinarmente entrelaçados:

- A investigação temática, pela qual aluno e professor buscam, no universo vocabular do aluno e da sociedade em que vivem, as palavras e os temas centrais de sua biografia;
- A tematização, pela qual são codificados e decodificados esses temas; ambos, aluno e professor, buscam o seu significado social, tomando assim, consciência do mundo vivido;
- A problematização, através da qual se busca substituir uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo-se para a transformação do conteúdo vivido;

Foi com essa visão que procuramos desenvolver ações educativas para as equipes, visando a uma transformação no entendimento dos transtornos mentais e formas de assistência aos familiares dos portadores.

4.7 Procedimentos de análise dos dados do trabalho educativo

Em relação ao material apreendido durante a realização da oficina, resultante das discussões geradas no grupo de participantes sobre cada conteúdo abordado, utilizamos a análise temática de conteúdo, após transcrição das fitas e digitação. Após a transcrição das fitas, as falas foram apresentadas aos participantes para confirmação do entendimento do pesquisador. De acordo com exigências do Comitê de Ética em Pesquisa essas fitas estarão arquivadas pelo tempo exigido.

Os dados coletados em pesquisa qualitativa são geralmente analisados por meio da criação de categorias preliminares, que consistem em códigos que podem ser representados por palavras ou frases (BOGDAN; BIKLEN, 1994). A análise temática ao procurar caracterizar o significado que determinados temas assumem de acordo com o contexto em que aparecem, é uma forma de análise válida (THIOLLENT, 1992).

Para Minayo (1993), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações, pode ser graficamente apresentada por uma frase, uma palavra ou uma citação. Essa autora citando Bardin (1977 p. 105): “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos que serve de guia à leitura”.

Segundo a autora, operacionalmente a análise temática desdobra-se nas etapas:

a) A pré-análise: é a etapa em que é organizado todo o material, visando à operacionalização e à sistematização das idéias. Permite eliminar, substituir ou introduzir elementos novos que possam melhor explicar o fenômeno estudado. Esta fase inicia-se por uma leitura flutuante do material coletado, contatando exaustivamente com a mensagem transmitida pelo texto, buscando as primeiras impressões e orientações. É permitido ao pesquisador propor inferências e realizar interpretações de acordo com seu referencial

teórico e seus objetivos. Pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante e constituição do “corpus”;

b) Exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação. Segundo Bardin (1977) consta da transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. A análise temática trabalha essa fase, primeiro com recortes do texto em unidades de registro que podem ser através de uma palavra, um tema, uma frase, um acontecimento;

A análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica ela transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém, há variantes na abordagem e no tratamento dos resultados, trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. Essas variantes de certa forma, reúnem, numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala, propostos (MINAYO, 1993, p. 211).

Após a realização da programação, passamos à etapa seguinte, que foi a reunião de todo o material coletado: cartazes, confecções de estudo de casos, anotações das observações nas ações educativas, transcrição de fitas, a fim de obtermos no conteúdo das mensagens uma maior compreensão sobre o fenômeno da forma de atuação dos trabalhadores do PSF nos transtornos mentais, procedendo a análise temática.

Para a codificação, usamos uma pasta com subdivisões, de modo que cada subdivisão recebia uma ou mais folhas com os recortes, de acordo com os códigos estipulados.

Uma vez estabelecidos os códigos, o passo seguinte foi agrupar códigos semelhantes em temas (MINAYO, 1993), para então proceder a interpretação dos dados de acordo com o aporte teórico adotado.

De acordo com os objetivos desse trabalho, e com base nos dados das observações e das entrevistas das equipes do PSF, num processo de “ir e vir” obtivemos a tematização e a classificação das unidades de registro configurando os Temas como apresentado na figura a seguir:

Quadro 2 - Temas e sub-temas emergentes da discussão dos conteúdos trabalhados durante a oficina

Temas	Sub-temas
1. Relacionamento interpessoal	1. Atitudes negativas 2. Atitudes positivas 3. Erros na comunicação
2. Família	1. Família como unidade/ união 2. Atitudes da família 3. Períodos desenvolvimentais da família 4. Composição da família
3. Crise/saúde mental	1. Crise como sinal de problema 2. Crise como doença 3. Crise como fator de crescimento
4. Características dos principais transtornos mentais	1. Despreparo dos profissionais de saúde 2. Sinais e sintomas 3. Despreparo dos familiares
5. Formas de tratamento abordagem do portador de transtorno mental e seus familiares.	1. Falta de conhecimento 2. Despertar para os transtornos mentais.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa, respeitando todos os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro de Uberaba-MG, tendo sido aprovado, conforme protocolo anexo.

Foi explicada detalhadamente a proposta, os objetivos e procedimentos de pesquisa, a toda a equipe dos PSFs, bem como para o gestor local. Foram esclarecidas as dúvidas que surgiram e apresentado o “Consentimento livre e esclarecido” (APÊNDICE 5) assinado formalmente por cada um dos participantes.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise do diagnóstico

Como abordagem inicial da situação, os participantes foram questionados sobre os principais problemas de saúde de sua área de abrangência. Assim, verificamos que para os participantes desse trabalho os tipos de problemas de saúde mais percebidos são: hipertensão arterial, com 14 referências; diabetes, com 08, depressão, com 04 e úlcera venosa, com 02 colocações. Podemos ilustrar pelas falas:

É muita hipertensão, nessa área, tanto tem diabetes, quanto tem 50 quase 60 hipertensos (ACS I);
Hipertenso e diabetes, né? (ACS II);
Pressão alta e diabetes. (Médico I);
Aqui o que a gente tem mais, o que o pessoal procura mais é problema de hipertensão arterial, diabetes, a gente tem caso e depressão. É e aquele fato corriqueiro, né. Os mais procurados, é hipertenso, diabético e tem muito caso de depressão (Enf.II);
Úlcera venosa, nossa, tem muita úlcera venosa, não sei o que é isso. E tem hipertenso e diabético demais também (Enf.I);
No meu bairro é hipertensão. (ACS III.).

Podemos perceber que essas falas prendem-se ao modelo orgânico, esquecendo a totalidade humana, ou desconsiderando a saúde mental. Os participantes mostram uma visão “flexneriana”.

Abraham Flexner, em 1910, ao preparar um trabalho chamado “Relatório Flexner”, realizado após a visita de 155 escolas médicas americanas, pregava uma série de modificações no currículo médico, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a Medicina, como o mecanicismo (o homem é comparável a uma máquina), o biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (super-especialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa (MENDES, 2002). Essa visão marcou profundamente os rumos da atenção à saúde em todo o século XX. “No espaço educacional há uma infiltração marginal no aparelho formador, financiado pelo

Ministério da Saúde, mas sem a capacidade, ainda, de abalar a força do modelo flexneriano vigente” (MENDES, 2002, p. 34).

Quando perguntados sobre os problemas mentais mais encontrados na área de abrangência, a maioria referiu não ter conhecimento sobre o que é transtorno mental. Entretanto, 04 pessoas disseram ter 01 doente mental em sua área de abrangência; 01 participante disse ter alguns casos, mas não acompanhá-los e os demais disseram não saber o que é transtorno mental, como se observa nas falas a seguir:

Ah sei lá. Eu não convivo muito assim. Tem um na minha área, né? Mas ele não é...Ele é normal assim. Ele tem problema, mas é...eu não convivo muito assim. Ele tem problema mental, mas...ele conversa com a gente normal(ACS II);

A gente tem alguns casos só que a gente não acompanha né (enf II);

Já. Mas é que a gente confunde um pouco, porque as meninas não entendem muito bem. Elas não sabem falar o que é transtorno mental ou o que é problema neurológico. Então assim...Como essa casa que a gente passou ali, tem um “doidinho” lá, porque ele fica gritando no meio da rua. Os doentes mentais, não são atendidos aqui não. Eles vão pra Sacramento, porque lá tem CAPS, a gente não tem como atender eles aqui (enf I);

Ah, eu não sei.(ACS III);

Eu acho muito difícil falar.. pra falar a verdade transtorno mental não sei te falar o que é. (ACS IV);

Ah sei lá. Eu não convivo muito assim... (ACS II).

Essas falas vêm ao encontro do trabalho realizado por Breda; Augusto (2001), com ESF de Alagoas, que relatam um tipo de assistência prestada aos portadores de transtorno mental como dinâmica assistencial individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas.

Estes autores sugerem para uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais melhor articulação entre setores, ampliação multiprofissional da equipe, desenvolvimento de trabalho de grupos e a necessidade de preparo do profissional para lidar com os portadores de transtorno psíquico.

Entre as sugestões desses autores para um atendimento humanizado aos familiares e portadores de transtorno mentais estão as de “preparar seus profissionais para o relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica. Favorecer e estar aberto à expressão das demandas subjetivas de usuários, familiares e profissionais” (BREDA; AUGUSTO, 2001, p. 7). Acrescentamos ainda que, na maioria das vezes, o simples iniciar a discussão sobre a problemática dos transtornos mentais já desperta para uma consciência mais crítica. Foi o que ocorreu com os participantes deste trabalho.

Ao serem indagados sobre o seu entendimento a respeito de transtorno mental, as respostas foram assim agrupadas: problemas de cabeça, pessoas que nasceram doentes da cabeça, pessoa fica com doença mental por causa de um trauma. Tais opiniões são expressas nas falas a seguir:

Eu acho que doença, doença assim...Alguém que nasceu não tão bem quanto as outras pessoas. Doença é uma coisa muito ruim, né? Eu tenho um parente que ele é ótimo, tirando as crises que ele dá de vez em quando, quando ele tá fora da medicação. Porque quando ele toma medicação ele é normal.(ACS VII)

Transtorno mental é assim... Algumas já nascem né com esse tipo de problema que eu posso perceber. E algumas já começam com depressão e aí começam aquele transtorno, passam mal, geralmente alguém chega passando mal com depressão.. É mais ou menos isso que eu entendo.(ACS VIII)

Pessoas que tem problemas de cabeça, que tomam remédio controlado para cabeça pessoa mais nervosa. (ACS VI)

...Justamente por isso, a gente não tem essa formação, né. Às vezes a gente orienta, mas a maioria dos casos que a gente vê, eles encaminham pro Sanatório. Não tenta fazer um trabalho com a família né? Pra ver se o paciente não tem uma melhora dentro de casa mesmo, né? A maioria vai pro Sanatório. E volta muito pior. (Enf II).

Transtorno mental? Ah, eu acho que a pessoa pode ficar com transtorno mental, né? Não nasce com ele, ele fica...Talvez até uma situação da vida, né? Eu acho, assim. Que pode vir de um trauma...Aí a pessoa pode ficar com transtorno.(ACS IX).

Pra mim eu acho assim, que é uma pessoa que não está em situação mental normal. É uma pessoa que às vezes tem alucinações, que não fala coisa com coisa, e tá fora da realidade, então pra mim, isso é um transtorno mental.(ACS X)

A saúde mental é um aspecto específico, porém inseparável da saúde geral das pessoas, famílias e comunidades. O sistema de saúde organiza-se através de duas estruturas ou níveis que se consideram interdependentes: a atenção primária de saúde e atenção especializada (OSINAGA, 2004).

De acordo com os princípios da atenção primária à saúde: a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária, a integralidade exigiria a prestação, pela equipe de saúde de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, ou seja, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (MENDES, 2002).

Quando interrogados sobre qual seria a conduta da equipe de saúde da família nos transtornos mentais e com os familiares a maioria disse desconhecer, enquanto outros disseram simplesmente que encaminhariam o portador de transtorno mental para um hospital psiquiátrico.

Destacamos, ainda que embora, os trabalhadores relatem não possuir ferramentas necessárias para o atendimento aos portadores de transtornos mentais, alguns demonstraram condutas que vem ao encontro das intervenções preconizadas por Taylor (1992), de relacionamento interpessoal, de ouvir, de estar junto, como nas falas:

Ah, eu não sei. Primeiro eu acho que eu ficaria calma né? Porque não adianta ficar agitado e tudo né? (ACS XI)

Eu acho que não saberia o que fazer... (ACS III)

Eu acho que é conversar mesmo não demonstrar pânico, nem medo, nem sair correndo. Até com a família, né?...que não sabe o que faz, né? (ACS VII)

Ah, só uma que nós atendemos lá embaixo, aí mesmo com calmante ela não conseguiu ficar calma. Aí a mãe dela foi conversando, a gente foi...Porque ela gosta muito de caneta. A gente ficou com dó dela e deu a caneta. (ACS I)

.... Então, geralmente, assim, chegam alguns...; Já chegou caso de um paciente que diz que tava passando mal demais, aí eu pegou... Até não sabia do problema dele, agora eu estou mais por dentro, eu chamei a ambulância pra levar ele na Santa Casa, mas nesse intervalo de tempo ele foi embora porque tava desorientado. (recepcionista I)

... aí, se a pessoa não está medicado, a gente dá um jeito de marcar uma consulta, pra médica ver se precisa passar por um psiquiatra. (ACS V)

Ai, aqui normalmente a gente comunica pra assistente social, né? Pra gente procurar tá internando o paciente, né? Ou leva o médico pra fazer alguma consulta. Mas normalmente encaminha pra assistente social, a assistente social vai com a gente pra poder fazer a internação. Ou lá no Santa Maria, ou lá no Sanatório. Mas normalmente vai pro Sanatório. (enf II)

Ah...Acho que eu ia chamar a ambulância pra poder...Sei lá! Mandava pra santa Casa para fazer encaminhamento, pra ir pro CAPS, ou para o Sanatório. Não sei. (enf I)

Saia correndo... (risos), não eu não sei o que eu faria, sabe? Nunca aconteceu isso comigo não... Ah, o que eu sei é tratamento, né? Tratamento. Antigamente o que tinha aqui era o centro, de Santa Maria, igual o Sanatório. Mas também fechou, né? Geralmente a gente leva pra fora. (ACS III)

... encaminharia; porque aparece né aí a gente encaminha para Uberaba, ou para o Santa Maria. Hoje eu acho que nem interna mais no Santa Maria. (médica I)

Eu acho que sairia pra pedir ajuda, né? Porque assim sozinha eu não saberia como agir, ou perguntaria. Acho que eu perguntaria, o que eu poderia fazer. No momento assim, acho que estaria bem desorientada.” (ACS IX)

Eu não tenho assim, muita...como é que fala...eu não tenho um treinamento pra lidar com eles (ACS VI)

Olha, eu percebo nessas pessoas, que são pessoas um pouco fechadas, parece. Eles se retraem de certa forma. Inclusive no bairro que eu faço essa visita, esse rapaz que tem problemas mentais, ele mora sozinho. Só que ele assim, ele é muito fechado, ele não gosta de se abrir muito, então Porque eu já tenho experiência de sobra, “né? (Possui um parente com transtorno). Você tem que tratar como criança mesmo. Porque geralmente, parecem crianças, são pessoas que parecem crianças mesmo (ACS X).

Podemos perceber que os participantes do trabalho têm uma grande preocupação em encaminhar os portadores de transtorno mental. Nos casos agudos eles recebem essas pessoas no PSF por demanda espontânea, ou as encaminham diretamente para a Santa Casa. Após esse primeiro atendimento, que não chega a ser um acolhimento, essa pessoa é transferida para o Hospital Psiquiátrico de Uberaba, ou para o Ambulatório de Saúde Mental de Sacramento/MG, ou transferida para a assistência social. Esse proceder demonstra que a atenção primária funciona no nível piramidal, ou seja, primário,

secundário, terciário e quaternário. Segundo Mendes (2002, p.17) para desempenhar seu papel de centro de comunicação não hierarquizada, mas sim, integrado como rede horizontal, a APS deve cumprir três funções essenciais:

o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde; o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar o fluxos e contrafluxos pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização- o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Essa rede horizontal ainda está falha no município, porque muitos portadores de transtornos mentais não têm acompanhamento dos PSF como ilustrado na fala:

A gente tem alguns casos só que a gente não acompanha né (enf II).

Em relação ao preparo dos membros das ESF para atuarem junto ao portador de transtorno mental e seus familiares, os médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem disseram ter a preparação no curso de formação ou em seminários, que julgaram ser insuficientes para se sentirem preparados sobre o assunto. Por sua vez os ACS disseram não ter nenhuma preparação. Tal fato pode ser demonstrado pelos relatos a seguir:

Não. Eu já fui numa reunião uma vez mais já faz tempo. Foi até da...um encontro de saúde que teve em Uberaba, pra discutir os problemas. Mas já faz tanto tempo. Ah e teve uma oficina de saúde mental, foi até a S. Mas já faz muito tempo isso. Foi muito superficial. (enf II);

Já, já tive. Já tive de saúde bucal. Já tive num congresso em Uberaba, sobre o agente comunitário, foram dois dias. Já teve da Pastoral da Criança. Já tive três ou quatro. Já teve o... – aquele negócio lá, como é que chama...Ah, esqueci, não sei o que é mais não (ACS I);
Porque ninguém nunca me explicou nada, né? De como a gente deve agir com uma pessoa assim, né? (ACS II)

Não. Quando eu trabalhava na Santa Casa, eu trabalhava como copeira. (ACS VI)

Não, nada, nada. (ACS III)

É só na faculdade, e foi muito...é eu achei muito pequeno. (enf I)

A gente teve aula no auxiliar de enfermagem, mas foi uma aula tão corrida. Agora eu ainda não tive essa aula (no técnico). Foi muito corrido, porque eu fiz o PROFAE, e era poucas horas, o tempo era muito curto então não dava tempo. (Aux.enf I)

É, nós fizemos, né, o treinamento de Agentes Comunitários, um bom tempo atrás, mas não falava desse assunto. (ACS IX).

Não tive não. (ACS VII)

Não, pra identificar, não. Porque a gente teve o curso, como se eu fosse o agente comunitário, você tá chegando na casa pra abordar, é perguntar, pra tá assim sempre dentro da ética, né, mas assim, pra tá tratando de transtornos mentais, não. (ACS V)

“Os profissionais de saúde encontrados no mercado de trabalho não são adequados em quantidade e qualidade à estratégia do PSF” (MENDES, 2002, p. 66); pudemos verificar que nos dois PSFs pesquisados, uma equipe funciona com um médico ginecologista, e a outra apesar de possuir um médico generalista, nesse tempo da pesquisa foi trocado 04 vezes.

Para esse autor, este obstáculo ocorre em duas dimensões: a ideológica, porque o sistema de formação dos recursos humanos funciona como aparelho ideológico reprodutor da ideologia flexneriana, e a cognitivo-tecnológica, porque os conhecimentos e as tecnologias produzidas ou difundidas não guardam coerência com o modelo do PSF.

Percebemos que os cursos de graduação têm procurado adequar-se à essa nova realidade, que é a formação de profissionais para atuarem no SUS, mais pela exigência das diretrizes do Ministério da Educação do que da quebra do paradigma flexneriano, porém, essa mudança ainda é muito tímida e podemos verificar pouca ou nenhuma diferença. Há grande procura pelos cursos de especialização ou residência, o que faz aumentar a rotatividade dos trabalhadores do PSF, porque estes, ao ingressarem na residência, deixam o trabalho no Programa de Saúde da Família.

Talvez pelo desconhecimento do tema dos transtornos mentais, os participantes desse trabalho mostraram insegurança em sugerir temas para a oficina, porém demonstraram os conteúdos que sentiam necessidade:

Ah, assim... a gente podia aperfeiçoar mais assim. Aprender... Podia dar um curso pra gente, entendeu? Pra gente aprender mais, o que fazer nesses casos, o que faz na casa se acontece... O que é transtorno mental. Eu não sei entendeu? Porque um curso pra ensinar a gente assim, tudo o que tem que fazer, não teve. Ainda não teve. A gente aprende. Pra fazer a gente faz. (ACS IX)

Ver psiquiatria. É uma coisa que a gente não sabe. Devia saber também né? Ainda mais a gente, que vai na casa das pessoas, assim. A gente chega numa casa e aí a pessoa tá transtornada, aí a gente tem que saber como lidar. (ACS II)

Acho que agente devia ter um treinamento, pra trabalhar com essas pessoas, sobre famílias, etc (ACS VI).

Ah! Acho que é importante o treinamento que você vai dar pra gente, porque ninguém aqui tá realmente preparado. Acho que nem os médicos. Os próprios médicos não têm essa preparação na formação, né?(ACS IX)
Eu não sei muito bem diagnosticar. Eu não sei falar isso é uma doença psiquiátrica, porque eu não entendo muito bem. Eu já te falei, eu não sei a diferença entre paciente psiquiátrico e um transtorno de comportamento. Outra coisa, eu acho que não saberia lidar com um caso de crise. Eu não sei se toparia, não. Eu mandaria pra Santa Casa, acho que você não tem outra via. Aqui nem tem medicação pra isso. Não tem Haldol, não tem nada. Eu acho que é isso, identificar a conduta. (enf I)

Acho que o certo seria realmente fazer um treinamento, que nem a gente foi numa reunião lá... Porque a gente foi na reunião lá em Uberaba que falava disso, que eles falaram lá, que ia fazer um treinamento, que ia fazer uma reunião, acabou que não teve nada. Acho que tinha que juntar os PSFs todos da DADS e fazer um treinamento para fazer mais sentido, pra gente saber lidar mesmo. Porque, se a pessoa está em crise, eu acho certo pegar essa pessoa e encaminhar pra Sacramento que onde tem o CAPS. Mas assim, eu sei que muito doidinho tá aí.(enf II)

De hipertensão, a gente sabe como lidar, com diabéticos a gente sabe. Agora com depressão, essas coisas mentais a gente não sabe.(ACS III)

Olha, eu acho que deveria ter um treinamento melhor pra os agentes comunitários, por que hoje a gente nota muita pessoa depressiva, com dificuldade de dormir à noite e tal. Muita gente tomando Diazepan, pra tá dormindo, muita insônia e tudo o mais, então tinha que ter um treinamento pra pessoas assim, pra poder constatar isso. Tem uns agentes que não são assim. Então deveria ter uma forma de como tratar as pessoas com problemas mentais. Como chegar e tal. Acho que falta esse treinamento ainda. Falta essa capacitação do agente comunitário de entrar nas casas e conversar.. Porque as pessoas vão chegando e abordando a família, o que eu percebo é que as pessoas chegam: “ah, tá precisando de alguma coisa? Não? Então assina aqui pra mim então”. Aí assinam e ela vai embora. Não entra naquela família. Não sabe o que está acontecendo. Então tem que ter um curso com capacitação pra esses

agentes que estão chegando nas casas, tá conversando, tá procurando saber, trazer uma ajuda mesmo ali. (ACS VII)

Passamos a descrever a oficina, na seqüência de seus acontecimentos, apontando os temas discutidos durante as oficinas e os sub-temas emergentes da análise dos relatos dos participantes.

5.2 Análise dos encontros educacionais

Encontro nº 1 – Tema: Relacionamento interpessoal

1º Encontro

a) Relato da experiência vivenciada com o grupo

No primeiro momento cumprimentamos o grupo e explicamos o planejamento e a organização da oficina pedagógica, bem como apresentação dos planos elaborados, confirmando a seleção dos temas a serem abordados, os quais emergiram da análise dos dados coletados nos encontros anteriores.

Em seguida iniciamos as atividades da oficina; em um primeiro momento expôs verbalmente o tema a ser discutido e realizamos os esclarecimentos necessários. A seguir passamos à dinâmica de aquecimento: dança das cadeiras diferenciadas.

Tínhamos como objetivos: a reflexão sobre como é o outro e a importância da observação para compreender o outro, pois para trabalhar com portadores de transtorno mental e seus familiares uma das ferramentas mais importante é o saber relacionar-se (FUREGATO, 1999). Na fase de preparação, que segundo Cavalcanti (1998) inclui o preparo do ambiente seguimos as etapas:

- a) Dispor as cadeiras em par, de costas uma para a outra, testar e preparar o aparelho de som com músicas que seriam usadas;
- b) Organizar recursos “didáticos”, como papéis, canetas, lápis, etc.

Nesse encontro inicial, as nossas expectativas e ansiedade permearam o momento. A ansiedade refletia nosso estado afetivo a respeito das expectativas que detínhamos sobre a oficina como espaço que requeria uma coordenação e ordenação, de maneira a promover o envolvimento de todos os participantes.

Assim, nossa participação como coordenadora ou facilitadora das oficinas, compreendia a promoção de diálogos no grupo, o “encaminhamento dos questionamentos e o equacionamento na participação das pessoas, com suas diferentes potencialidades de saber, inserido num contexto em que a tele-relação estivesse sendo mantida” (CAVALCANTI, 1998, p. 58).

No primeiro momento entregamos a cada um dos participantes uma folha contendo um estudo de caso de portador de transtorno mental e conflito familiar e pedimos para que respondessem individualmente o que eles fariam se essa família estivesse em sua zona de adscrição (APÊNDICE 3).

Durante essa tarefa, percebemos uma insegurança no grupo, sendo comuns falas do tipo:

Posso fazer com fulano?
E se eu não souber responder?

Explicamos que não valia nota, não precisavam identificar-se, e que, portanto, poderiam ficar bem à vontade para escrever o que sentissem vontade; mesmo assim eles

concentraram-se em uma mesa grande que existia no fundo do salão. Observamos que havia conversa paralela e risinhos. Ao entregarem queriam saber se tinham acertado.

O primeiro tema a ser discutido foi o relacionamento interpessoal, que consideramos em consonância com a equipe, de primordial importância para o desenvolvimento de um bom trabalho; assim, iniciamos a discussão através de uma dinâmica de grupo.

Ao som de uma música, pedimos para que os participantes caminhassem em volta das cadeiras; dançassem e corressem conforme a música. Quando a música foi interrompida pedimos para que se sentassem na posição em que estivessem, sem olhar para trás. Ao dar o comando para assentar, todos procuraram o lugar mais próximo temendo ficar sem assento. Foi pedido para que descrevessem o colega, como estava vestido e como estava o “emocional” dele naquele dia.

Poucos acertaram. Terminado a dinâmica fizemos uma discussão da importância de “notar o outro”.

Ao comentar a experiência vivida, muitos colocaram que realmente tinham dificuldade de “reparar” no outro, ou que *hoje estou mais distraído, mas, muitas vezes, estamos mais preocupados com nossos problemas do que com o colega, pois, normalmente nós vemos o lado ruim das pessoas.*

Fechamos a discussão com comentários sobre a dificuldade de “enxergar” realmente o colega, as pessoas “diferentes”, e os fatores que interferem no relacionamento interpessoal.

Com o desenvolvimento da discussão surgiu a questão da comunicação nas relações interpessoais e passamos à dinâmica do fotógrafo (ANEXO 1), após o que fizemos uma discussão e síntese dos assuntos abordados no encontro. Encenamos o texto com três voluntários.

Foi muito divertido e os participantes riram muito; no final fizeram comentários de como a comunicação interfere nos relacionamentos, ou facilitam. Discutimos temas como: Como trabalhar bem com os outros? Como melhorar as formas de comunicação? Como conseguir uma convivência razoavelmente satisfatória e produtiva?

b) Discussão do tema “Relacionamento Interpessoal”

Sub-tema: Atitudes negativas

Ao analisarmos as discussões, pudemos perceber que no sub-tema atitudes negativas apareceram menos falas do que em atitudes positivas. Entendemos que o relacionamento interpessoal é importante não só na convivência e desempenho de um trabalho-assistência, embora o tema tenha ficado mais restrito a esse aspecto, mas também com a convivência com os usuários e as famílias, especialmente quando os profissionais adentram a casa dessas pessoas. Por atitudes negativas, os sujeitos referiram àquelas situações em que o relacionamento interpessoal é prejudicado pelo individualismo, ou ações que prejudicam o colega ou o bom andamento do serviço.

Para Rodrigues (1999) é através das relações interpessoais e do uso de técnicas de comunicação em abordagem humanista que a enfermagem aproxima-se da pessoa, identifica suas necessidades e pode ajudá-la na busca de soluções sadias para minorar seu sofrimento. Concordamos com a autora, no sentido de que é preciso saber relacionar-se, comunicar-se e ouvir para ajudar os portadores de transtorno mental e seus familiares. Os participantes desse trabalho têm noção da importância do relacionamento embora não reflitam muito sobre o tema, como podemos perceber nas falas:

Você olhar para outras pessoas e não só pra você, não ver só os seus interesses (ACS III).

É preciso respeitar as diferenças individuais de cada pessoa, como naquela reportagem que eu vi sobre comunidade de nudismo (ACS VI).

Segundo Manzolli (1996), o relacionamento interpessoal não é uma abordagem nova em enfermagem, mas essa se tornou mais marcante a partir da década de 50, época que coincide com os primeiros antipsicóticos, o que talvez tenha contribuído para o tratamento do doente psiquiátrico e sua maior disposição para o relacionamento interpessoal na enfermagem.

Para essa autora, em situações de trabalho compartilhado por duas ou mais pessoas, há atividades predeterminadas a serem executadas, bem como interações e sentimentos. Os participantes corroboram esta idéia ao citar a falta de profissionalismo de alguns colegas que usando do relacionamento interpessoal influenciam o grupo negativamente. Podemos comprovar esse fato através das expressões dos participantes:

Devemos ter cuidado com alguém que no papel de líder, incita os outros a não fazer suas visitas. (enf II);

Se a gente não descansa direito, acaba descontado o mau humor nos outros (ACS I);

Egoísmo, falta de compromisso e estresse. (ACS IX);

Tem pessoas que não aceita o outro. (ACS IV);

Não cooperação com o outro (enf I).

Percebemos através das falas dos participantes que a equipe tem noção dos problemas de relacionamento e o quanto é importante diminuir as questões que prejudicam o “conviver bem” e o bom andamento do trabalho, principalmente porque um dos pilares do PSF é o trabalho em equipe.

Para Peplau (1990, p. 49), “a enfermagem é terapêutica, no sentido de que se trata de arte curativa, auxiliando um indivíduo doente ou necessitando de cuidados de saúde. A enfermagem pode ser entendida como um processo interpessoal, pelo fato de envolver interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum”. Acrescentamos ainda que não só a enfermagem, mas toda a equipe, precisa trabalhar na mesma sintonia, entendendo a importância do relacionamento interpessoal para que a assistência ao portador de transtorno mental e a seus familiares seja efetiva, conseguindo-se assim, a diminuição das internações psiquiátricas.

Sub- tema: Atitudes positivas

Existe uma relação recíproca entre relações interpessoais e clima de grupo, o que pode caracterizar um ambiente agradável e produtivo, ou neutro e monótono, trazendo, cada uma dessas modalidades, satisfação ou insatisfação para as pessoas (MOSCOVICI, 1998). Pelas falas dos sujeitos, podemos ilustrar a importância do relacionamento interpessoal para a convivência do dia/dia:

Aceitar os outros como eles são com os defeitos e qualidades, pois da mesma forma eles nos aceitarão como somos (ACS V);
...nem sempre observamos o colega como ele está, pois falta tempo (ACS III);
...devemos respeitar as diferenças das pessoas (enf I);
Devemos procurar o lado positivo das pessoas. (dentista I).

As relações humanas são aplicadas nos mais diferentes campos de atividade do homem. Sabemos que quando se encontram dois ou mais indivíduos, surgem problemas de relacionamento, seja na família, no trabalho ou na escola; os problemas de relacionamento humano existem em qualquer lugar onde existam pessoas (BRAGA, 1998). Alguns participantes expressaram esse pensamento através das falas:

Quando a gente conhece, tem mais liberdade pra falar as coisas. (ACS V)
A convivência facilita o relacionamento interpessoal... (ACS IV)

Braga (1998) conceitua relacionamento humano como o modo de as pessoas entenderem-se bem umas com as outras, com a finalidade de levarem a efeito uma tarefa que conjuntamente concordaram em realizar. E ainda o estabelecimento de contrato de contatos dos homens entre si. É a arte de conviver bem com o próximo num ambiente de compreensão e ajuda mútua.

Devemos ter espírito de equipe e união entre nós. (enf II).
A convivência facilita o relacionamento interpessoal, mas muitas vezes, estamos mais preocupados com nossos problemas do que com o colega. (ACS VIII).

Silva (1996) reforça essas falas quando relata que o profissional da saúde tem como base de seu trabalho as relações humanas, seja com o paciente ou com a equipe multidisciplinar.

Sub-tema: Erros na comunicação

A comunicação é o instrumento que leva as pessoas ao relacionamento interpessoal; é através dela que fazemos amigos, inimigos ou apenas conseguimos informações. Não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A fala, a escrita, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação utilizadas conscientemente ou não no dia a dia (SILVA, 1996).

Comunicação é um processo dinâmico, complexo, em mudança constante que ocorre, no tempo, através do qual os seres humanos enviam e recebem mensagens verbais e não verbais, a fim de compreenderem, serem compreendidos pelos outros, adaptarem-se

ao ambiente e transferirem idéias para os outros. É impossível não se comunicar, porque todo comportamento comunica alguma coisa.

Foi possível abstrair dos relatos das equipes, muitas situações, que na percepção de seus membros, apresentam obstáculos para uma boa comunicação.

Comunicação pode atrapalhar ou ajudar o relacionamento, depende de como é....(enf I);
Precisa saber usar as palavras para gente entender e os outros entenderem a gente...(enfII);
É importante saber ouvir e falar (ACS X);
Às vezes a mensagem pode ser mal interpretada. (enf II)
É não saber ouvir... (ACS VI).

Para Simões (2001), saber ouvir é um requisito básico para que se efetive a comunicação, tornando inadmissível pensar em comunicação sem que haja um processo de escuta atenta e interessada. A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas.

De acordo com Tighe (1994), a definição de ouvir que melhor funciona é “não pensar no que vai dizer a seguir”. Segundo esse autor existem etapas que atravessamos quando estamos a falar e o modo como se relacionam com o ouvinte. O modo como as etapas do discurso e do ato de ouvir se relacionam são assim demonstrados:

A) Pensamento e avaliação

Os pensamentos são o foco da maior parte das aproximações da comunicação. Todas as pessoas possuem um vasto leque de pensamentos expressando emoções, crenças, esperanças etc. Alguns são temas duradouros na vida de uma pessoa, outros passageiros, mas é sempre importante estar consciente do tipo de pensamento com que está a lidar, e como se poderá relacionar com outros pensamentos que a pessoa tem em mente.

B) Codificar e decodificar

Para o autor os pensamentos podem apresentar problemas complexos de compreensão e estes podem ser compostos pela linguagem. As palavras são o nosso meio de exprimir pensamentos, mas podem levantar obstáculos. A mesma palavra pode ter significados diferentes para pessoas diferentes. O problema aparece quando duas pessoas utilizam a mesma palavra com significados sutilmente diferentes. Os significados das palavras não são obrigatoriamente fixos. Apesar de existirem definições nos dicionários, a experiência de cada pessoa é única e isto se reflete na sua experiência do que está a ser expresso. Fatos ocorrem normalmente em nosso trabalho diário que podem levar a interpretações errôneas por parte de quem recebe a mensagem. Podemos ilustrar esses fatos pela fala de um dos enfermeiros:

Perguntei se aqui tinha barbeiro (inseto), ele (cliente) respondeu: tem um ali perto da rodoviária que é muito bom. (profissional).

C) Falar e ouvir

São necessárias algumas condições básicas que permitam a transformação do ouvir em escuta:

- Conforto razoável tanto para o orador como para o ouvinte;
- Espaço suficiente para que ambos mantenham o seu espaço pessoal.
- Um local sem muito barulho de fundo, onde cada uma das partes possa escutar o que a outra diz.

Ainda de acordo com Silva (1996), validar a comunicação com seus colegas de trabalho e pacientes; para ela muitos mal-entendidos poderiam ser evitados se validássemos as mensagens emitidas nos ambientes de trabalho.

Tem pessoa que interpreta tudo errado, tudo torto. (ACS IV)

Encontro nº 2- Tema: Família

2º Encontro

a) Relato da experiência vivenciada com o grupo

No segundo encontro discutimos o tema família, que é de extrema importância para a equipe, por se tratar da essência do seu trabalho e de um dos nossos objetivos, que é o de fornecer subsídios para que a família conviva com o portador de transtorno mental. Após a dinâmica de aquecimento trabalhamos com a dinâmica de cartazes, quando eles deveriam representar livremente o tema.

No primeiro instante trabalhamos com a dinâmica de aquecimento: Brainstorming, que tinha como objetivo de deixar os participantes à vontade, expressando livremente o que pensavam sobre o tema em uma palavra; após o que fizemos comentário sobre a experiência. A maioria achou fácil, duas pessoas não participaram, porque disseram que eram tímidas e na hora lhes faltaram as palavras. As palavras que mais apareceram foram: *a base, cuidado, união, amor*.

Em seguida, pedimos que formassem grupos de três pessoas para confecção de cartazes sobre o entendimento do grupo a respeito do tema família; para essa atividade oferecemos revistas, pincéis coloridos, tesouras e fitas adesivas.

Os participantes deveriam recortar gravuras, colar e escrever livremente sobre o tema. Ao finalizarem a confecção dos cartazes, foi dito pelo facilitador que faríamos uma visita ao “museu”, onde cada grupo de artistas exporia suas obras aos visitantes. Foi interessante notar que todos os grupos colaram os cartazes um ao lado do outro; quando questionados sobre o motivo, responderam que era *Maria vai com as outras*, ou que era *para comparar* ou ainda *família fica unida*.

b) Discussão do Tema: “Família”

Sub-tema: Família como unidade/união

Os participantes desse trabalho representaram família como:

Carinho, harmonia, união, amor, cumplicidade, felicidade;
A família é como uma árvore, toda família está em torno do tronco, a
união, onde busca forças e tudo o que precisa (ACSXII);
União: pai, mãe e filhos (ACS VIII);

Conceituar família parece quase desnecessário, pois que todos temos em mente o que significa o termo família; porém sempre que o fazemos estamos enriquecendo nosso entendimento e fazendo uso de múltiplas ciências para explicar o fenômeno família.

Assumindo diferentes desenhos durante a construção de trajetórias pelo campo do direito, da antropologia, da sociologia, da psicologia, da genética, da religião, dentre outras esfera de conhecimento, a família tem sido vista tanto de uma perspectiva funcional e responsiva às demandas por reprodução de padrões dominantes de subordinação, como inserida na estrutura produtiva da sociedade, responsável pela produção e reprodução social de seus integrantes (CACCIA-BAVA, 2001). Para Osório (1997 p. 50):

Família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais - aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos)- e que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para aquisições de suas identidades, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

A família, como toda instituição social, apresenta aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo, de apoio e solidariedade, como nas falas apreendidas pelo grupo:

Diversão e união... (ACS II)
Amor, compreensão, filhos, união, paz, (ACS V);
O amor não pode faltar. (ACS VII)
Companheirismo, trabalho conjunto. (enf I);
Paz, união e saúde, criança saudável, proteção, educação, amizade e
companheirismo. (ACS VII).

Sub tema: Atitudes da família

Toda e qualquer família exerce sempre inúmeras funções, sendo que para isso, algumas recebem apoio e interferência de instituições sociais, enquanto outras funções elas assumem com exclusividade, por exemplo, a socialização das crianças é dividida pela família e pelas instituições educacionais. A saúde de seus membros é também complementada pelas instituições de saúde pública. Entre as inúmeras funções da família que correspondem a uma expectativa social, temos, por exemplo: a função de identificação social dos indivíduos, as de reprodução, as de produção de bens (alimentação, vestuário, brinquedos, remédios) e de consumo destas (PRADO 1983).

Entre as expectativas de funções da família estão o cuidado das crianças e dos deficientes, a proteção dos jovens, a educação e socialização da nova geração, os serviços domésticos de toda ordem e o cuidado aos velhos quando deficientes.

A criança precisa de carinho (ACS VII);

Na minha área de visitação as famílias são unidas, é bom e ruim. Bom porque há união, ruim porque criança muito paparicada pode ser prejudicial. (ACS V).

Entre as expectativas sociais e dos indivíduos estão: as atividades de lazer (festas, reuniões, comemorações, passeios), civis, religiosas, fiscalização de comportamentos de obediência a hierarquias e autoridades (PRADO 1983).

Esse autor relata ainda que nas famílias antigas, a maior parte dessas funções era exercida somente pelo grupo familiar, embora contassem com a ajuda de terceiros num regime de troca de serviços entre os membros de uma mesma comunidade; como na idade média em que as crianças eram entregues a outras famílias que não às de origem, através das quais faziam sua aprendizagem profissional ou mesmo social, como a aquisição de “maneiras”, hábitos e costumes necessários a damas e cavaleiros, nos casos das famílias nobres.

Para Vianna (2002), cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobre-humano para as famílias, pois os pais nunca estão certos ou seguros do que sentem e fazem, frente a uma pressão cada vez maior da sociedade pelo afrouxamento dos laços familiares. O ocidente supervalorizou e intensificou a vida familiar, designando aos pais a difícil tarefa de cuidar da educação e formação dos seus filhos, em seus mínimos detalhes, até a vida adulta, o que implicou grandes investimentos afetivos e materiais para a realização desta nova atribuição. A valorização da família correspondeu ao grande acréscimo de responsabilidade por tudo aquilo que pudesse acontecer aos membros da família. Qualquer transtorno ou desvio do curso esperado significa uma ruptura das expectativas, constituindo um fator potencial de angústia e sofrimento (MELMAN, 1998).

Os participantes desse trabalho relataram alguns problemas de desestruturação, aos quais designamos de sub-temas, por estar inserido na formação da família. Os participantes relataram fatos pelos quais passa a família como brigas e desentendimentos, narrando alguns episódios:

Existem famílias desestruturadas, ou que...”Pai acamado e esposa que maltrata o marido. O esposo chama pela filha de 2 em 2 minutos. A mãe diz que ele tem que morrer. Essa mãe deu um tapa no rosto da filha, e esta atacou a mãe que caiu e fraturou o fêmur” (ACS II).

Apesar dos conflitos, a família é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo durante o período de infância e adolescência.

Nas falas dos participantes percebemos que eles têm noção da importância da família na formação do sujeito, tanto nas atitudes como carinho, aceitação, quanto na formação do indivíduo como cidadão. Podemos assim exemplificar:

*Deve-se ter regras básicas para entender e ajudar os filhos (ACS I);
As atitudes do dia/dia são mais importantes que os conselhos (enf II);
Demonstrar afeto incondicional por seu filho. Isso não o tornará mimado (ACS VII);
Envolver-se com a vida do filho. (ACS X);
Estabelecer regras e limites desde cedo. (enf I);
Educação não é só na escola, a criança segue muito a mãe, o pai, muitas vezes a mãe repreende a criança (ACS II);
O casal mora junto há anos sem brigar, depois casa e começa o problema, talvez por que cada qual quer mandar ou depois de casado, pensa que está mais seguro e não teme perder o parceiro. (ACS IX).*

Sub-tema: Períodos desenvolvimentais da família

Nas falas dos participantes percebemos que alguns tinham conhecimento das fases que as famílias atravessam, embora com base empírica, como podemos ilustrar pela fala:

A família em que os filhos se formaram, casaram e hoje, os pais sentem tudo isso, dores em toda parte do corpo, depressão. A família começa no casamento. (ACS XII).

Segundo Taylor (1992) a família passa por períodos desenvolvimentais, os quais é importante conhecer para que a equipe de saúde possa planejar uma assistência adequada a essas famílias. Segundo a autora podemos dividir esses estágios da seguinte forma:

- 1º Estágio: A primeira fase começa com a formação do casal sem filhos, que tem a tarefa de adaptar-se a uma vida em comum como um casal. É considerado um período de difícil adaptação por ser pleno de tensão, “já que as duas pessoas fazem um acordo para concretizar uma união, ao mesmo tempo em que tentam manter sua individualidade”. A segunda fase inicia com a gravidez da esposa. O casal então deverá adaptar-se a essa nova realidade; ao mesmo tempo o marido poderá sentir-se enciumado, porque a mulher volta sua atenção também para a gravidez;

Há brigas por demarcação de território depois do casamento, a mulher quer mandar, o marido quer mandar, é importante cada qual saber seu papel para não haver atrito (ACS VII).

- 2º Estágio: Começa quando o primeiro filho nasce e supostamente dura até seu ingresso na escola. A unidade familiar deverá ser reorganizada em torno das necessidades dos bebês e crianças pré-escolares, “o que freqüentemente exige mudanças dramáticas nas prioridades e atividades”;
- 3º Estágio: Inicia-se quando o filho mais velho entra na escola e termina quando se torna adolescente. “Através da criança em idade escolar, a família freqüentemente é confrontada, pela primeira vez, com os valores sociais que podem conflitar com aqueles que adota” (p. 401);

- 4º Estágio: Inicia-se a partir do momento em que o filho mais velho entra na adolescência. O objetivo da família durante esse período tumultuado é afrouxar os vínculos familiares, o que pode causar diversos conflitos;

- 5º Estágio: É chamado de estágio de partida, porque durante esse período os filhos estão se preparando ou já estão realmente saindo de casa, exigindo uma reorganização da família em uma unidade igualitária, oposta à estrutura anterior. “Nesse momento, a família precisa ser capaz de liberar seus membros. Aparentemente, parece que os pais sentem maior dificuldade em cumprir com essa tarefa, mas é igualmente difícil para os filhos assumirem responsabilidades e deixar tudo isso, para começar sua própria família” (p. 402);

- 6º Estágio: É chamado de família pós-parental e é caracterizado pelo fato de os pais terem de abandonar esses papéis e voltar aos papéis conjugais. Este estágio é conhecido como “síndrome do ninho vazio”;

- 7º Estágio: É o último estágio de desenvolvimento da família e caracteriza-se pela aposentadoria e pós-aposentadoria. Os casais que dominaram satisfatoriamente as tarefas anteriores são capazes de ver suas famílias como satisfatórias e de preparar-se de modo eficaz para a dissolução do casal pela morte de um dos cônjuges. Esse estágio é mais claro para os participantes desse trabalho, como as falas:

*Uma senhora bem velhinha mora com o filho e dois netos. A casa é pequena e a família não tem paciência com ela. Ela não gosta de tomar banho, não gosta de ascender à luz. (ACS X);
Na minha área de visitação é mais de idosos, e a falta é mais afetiva, é preciso ouvi-los mais. (enf I).*

Sub – tema: Composição da família

Em relação à composição da família encontramos discordância entre os membros participantes da oficina:

*A babá é quase da família (ACS IV);
Não, babá não faz parte da família. (ACS VII);
... da família é todos aqueles que habitarem a mesma casa (ACS III).*

O entendimento da família apresenta-se sob variados tipos: há a família nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos e a extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas. Algumas delas incluem, entre seus membros, também as pessoas com quem mantém estreitos laços afetivos, enquanto que outras definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consangüinidade, principalmente quando referimos a família e saúde mental (CACCIA-BAVA, 2001).

Para Prado (1983) cada família varia a sua composição durante sua trajetória e, diversos tipos de família podem coexistir em uma época e local. Por exemplo: casais que viveram numa família extensa, com mais de duas gerações dentro de casa, tornaram-se nucleares pela morte dos membros mais velhos e quando os filhos saem de casa, voltam a viver como uma família conjugal: somente o casal.

...família com filho ou sem filho, é companheirismo... (ACS III)

Este autor cita ainda outras formas de família - as chamadas famílias alternativas - que seriam experiências substitutivas de família, dentre elas:

a) Encontramos muitas famílias nucleares em que o casal não é unido por laços legais, assim como encontramos também grande número de famílias chefiadas por mulheres, não somente em virtude da ausência do marido, mas também porque em certos

meios é freqüente que a mulher trabalhe e assuma as responsabilidades materiais do lar e da família;

b) O casamento dito “experimental”, que consiste na coabitação durante algum tempo, só legalizando-se a situação após o nascimento do primeiro filho;

c) Outra forma de família é aquela baseada na “união livre”. Em alguns aspectos semelhantes à anterior, porém tem a intenção de recusar a formalização legal e religiosa, mesmo com a presença de filhos e que duraria enquanto durar o afeto;

d) A família homossexual: quando duas pessoas do mesmo sexo vivem juntas, com crianças adotivas ou não. Ou ainda, no caso de duas mulheres com filhos oriundos de inseminação artificial.

...filhos adotivos... (ACS V)

...fogem dos padrões normais da sociedade, por exemplo: duas mulheres... (ACS VIII)

Encontro nº 3 – Tema: Crise/saúde mental

3º Encontro

a) Relato da experiência vivenciada com o grupo

A abordagem do tema “Crise”, se deu por considerarmos que para compreender os transtornos mentais é preciso primeiro entender a maneira de preveni-los, e também havíamos percebido através das entrevistas, que o tema era totalmente desconhecido.

Ao iniciarmos a dinâmica de aquecimento **o palito**, pedimos para formassem duplas e em duplas os participantes deveriam segurar o palito com apenas um dedo e movimentar os braços de acordo com a música, lentamente, deixando-se conduzir e depois mais rápido; conforme a música; foi dito aos participantes que o palito representava um paciente e portanto deveria ser “cuidado”, pela dupla, e que não poderiam deixá-lo cair.

Também deveriam manter silêncio ouvindo a música. Um participante deveria conduzir o braço do outro, depois o fazem concomitantemente. Tínhamos como objetivo nessa dinâmica: descontração, integração, sentir a importância do trabalho e ajuda mútua no cuidado do outro. Percebemos que durante o desenvolvimento do trabalho, houve muito riso, nervosismo e conversas, muitos deixaram o palito cair muitas vezes.

Ao comentar a experiência vivida os participantes disseram que acharam muito interessante, porém difícil, *porque precisa ter muita sintonia com o outro*.

Após os comentários passamos à segunda etapa que era a apresentação do filme: Porque o besouro atravessa a rua. O filme dura 11 minutos e mostra um escaravelho, que passa por diversas barreiras, perdas, frustrações, mas que com persistência e objetivo consegue adaptar-se e consegue o almejado que era atravessar a rua e chegar à praia, onde ele encontra a sua amada. Após comentários sobre o entendimento do filme, passamos à aula expositiva dialogada sobre as crises acidentais e de evolução.

Após exposição do filme “Porque o besouro travessa a rua”, que mostra determinação, otimismo, adaptação ao meio, fizemos comentários e lançamos a pergunta “o que é crise para vocês?” Percebemos que a maioria percebe crise como um sinal de problema, tal qual crises financeiras e administrativas, ou como doença como nas crises epiléticas ou nos surtos.

b) Discussão do tema “Crise/saúde mental”

Sub-tema: Crise como sinal de problema

Neste sub-tema estão agrupadas informações que se referem aos problemas pessoais e psicológicos como crise.

Pesquisamos em dois dicionários da língua portuguesa e encontramos os seguintes significados para a palavra “crise”:

Alteração sobrevinda no curso de uma doença; conjuntura perigosa; momento decisivo; ataque de nervos; situação política do governo, cuja conservação enfrenta obstáculos difíceis; ponto de transição entre uma época de propriedade e outra de depressão, ou vice-versa; situação social decorrente de mudança de padrões culturais (BUENO, 1986, p. 313).

Alteração sobrevinda no curso de uma doença; acidente repentino que sobrevém numa pessoa, em estado aparente de boa saúde de agravamento súbito de um estado crônico; manifestação violenta e repentina de um sentimento; Estado de dúvidas e incertezas; fase difícil, grave na evolução das coisas, dos fatos, das idéias; momento perigoso ou decisivo; tensão, conflito; deficiência, falta, penúria; ponto de transição entre uma época de prosperidade e outra de depressão ou vice-versa (FERREIRA, 1988, p. 187).

Dessa forma, fica mais fácil entender o porquê do entendimento de crise como um problema, como nessas falas:

*A prefeitura está passando por uma crise (ACS IX);
Marido que bebia, trancava a esposa e ela se desequilibrou, e depois foi internada no asilo, ficou como quase um vegetal e foi a óbito (ACS XI);
Uma mãe teve crise após o parto, e foi levado ao local de tratamento, culpava o marido por tudo que estava passando, jogou as roupas dele fora (ACS III).*

De acordo com Rodrigues (1999), crise é uma perturbação do equilíbrio que a pessoa enfrenta no seu processo de vida, durante as várias fases do seu desenvolvimento, ou frente a situação de perda ou ameaça de perda de algo significativo. Assim, em saúde mental entendemos crise como aquele momento de transição em que a pessoa está passando e que se pode resolver de várias formas, saudáveis ou não.

Taylor (1992) define crise em saúde mental como um estado de desequilíbrio resultado da interação de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender às demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento.

Existem dois tipos de crises: crises desenvolvimentais ou relacionadas ao desenvolvimento, isto é, são aquelas situações que ocorrem naturalmente durante a vida de um indivíduo e sua família; são fatos previsíveis tais como: adolescência, casamento, nascimento de um filho, quando os filhos saem de casa etc. As crises situacionais são mais difíceis de prever, não ocorrem inevitavelmente em todas as famílias, por exemplo, um acidente automobilístico, problemas no casamento, morte etc.

Rodrigues (1999) relata que há nas pessoas uma tendência natural em manterem seu equilíbrio diante das situações diversas, dessa forma, a personalidade vai amadurecendo gradativamente com o passar dos anos, “sob a influência de fatores biopsicosociais numa intrínseca relação com a realidade. Ao fazer frente aos diferentes impasses que se lhe apresentam, a pessoa reage tentando manter seu equilíbrio”. É dessa forma que a pessoa adquire seus mecanismos de manejo para resolver as diversas situações vivenciadas.

Caplan (1966) relaciona como fator essencial que determina o aparecimento de uma crise o desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos de que a pessoa dispõe no momento para enfrentá-lo.

Sub-tema: Crise como doença

Quando usamos o termo “crise”, a primeira idéia que geralmente surge na mente das pessoas está relacionada à questão da doença, “alteração sobrevinda no curso de doença” (BUENO, 1986, p.313; FERREIRA, 1988, p.187), ou desencadeamento de doença, pois é dessa forma que normalmente as pessoas expressam quando alguém manifesta ou agudiza uma doença.

Assim também, expressaram os participantes desse trabalho:

Crise convulsiva é uma crise? (ACS IV)

*Tem um paciente que tem pressão altíssima, não procura o médico, e diz que está esperando a morte (enf I);
 ...tudo o que vai fazer está depressivo(ACS IX);
 Crise é como quando meu irmão começa a passar mal (esquizofrênico) (ACS III).*

Sub-tema – Crise como fator de crescimento

Como já referimos anteriormente, existem várias formas de as pessoas lidarem com as crises; Taylor (1992) relata que quando um indivíduo ou uma família está em estado de crise esta pode passar por várias fases distintas, embora possam estar sobrepostas.

Podemos resumir assim estes estados segundo Taylor (1992); Furegato (1999)

Negação: É um mecanismo de defesa que a mente usa inconscientemente para se proteger do ataque súbito de intensa ansiedade. Na maioria das pessoas mentalmente saudáveis, a realidade da situação rapidamente torna-se aparente e leva à próxima fase da crise que é caracterizada por um aumento da tensão;

- Aumento da tensão: Durante essa fase a pessoa envolvida faz um grande esforço para continuar suas atividades da vida diária, mas o faz enquanto tenta lidar com uma ansiedade sempre crescente;

- Fase da desorganização: Quando aqueles que estão vivenciando a crise parecem “desmoronar”. Pode abandonar suas atividades cotidianas, tornarem-se obsessivamente preocupados com o evento e podem recordar eventos anteriores que pensavam ter esquecido e que, sem que o saibam, tem uma relação com a situação atual. Durante essa fase a pessoa é tomada por muita ansiedade e teme “perder a cabeça”. É nesse momento que a maioria das pessoas buscam auxílio profissional;

- Tentativas de reorganização: Com ou sem auxílio, o indivíduo ou família tenta trazer à situação os mecanismos de manejo usados anteriormente para lidar com a

ocorrência atual. Se as tentativas de reorganização obtêm sucesso, tendem a levar a uma reorganização geral, cujo objetivo final é a resolução da crise;

- Tentativa para escapar ao problema: Ocorre em um período de dias, se as tentativas iniciais para reorganizar-se fracassam. Sem uma intervenção apropriada, durante essa fase há a tendência de lançar a culpa sobre outros, ou até mesmo ao que chamamos de pseudo-resolução que é uma supressão voluntária da crise para evitar sofrimento;

- Reorganização geral: Até chegar a esse estágio, a pessoa pode levar até um ano antes que novos padrões de comportamento estejam suficientemente bem integrados na organização da personalidade do indivíduo ou na estrutura interacional da família.

A resolução da fase mal sucedida de um estado de crise ocorre quando durante qualquer fase, o indivíduo ou a família adota meios doentios de adaptação, que servem para obscurecer e compor a crise. A pseudo-resolução ocorre quando a crise é reprimida e o indivíduo ou a família não aprendeu qualquer coisa com a experiência, voltando ao nível anterior de funcionamento. Assim, dizemos que não houve crescimento algum com a crise, pois nenhum mecanismo de defesa foi incorporado, “além disso, as crises futuras tendem a ser aumentadas pela re-emergência dos conflitos que envolvem aquele anteriormente não resolvido” (p. 378).

Rodrigues (1999) relata ainda que interferem na resolução dessas crises tanto os aspectos físicos, como um grupo familiar bem organizado, no qual o sistema de autoridade seja claro, “cuja rede de comunicação seja aberta e os papéis dos membros articulem-se de formas complementar, assim como os valores e as tradições introjetados que proporcionarão à pessoa o conhecimento e a confiança para resolver seus problemas de modo aceitável” (p.15).

À medida que íamos discutindo o tema crise com o grupo participante, muitos mudaram seu ponto de vista e passaram a narrar fatos que ilustravam o crescimento pós-crise, ou demonstraram preocupação do como agir com as pessoas que estão vivenciando uma crise, tais como:

*Um parto pode levar a uma crise (ACS I);
Uma mulher teve uma crise na gravidez, e agora vive feliz com o filho.
(ACS XI);
Paciente em crise qual a atitude a seguir? (ACS V).*

Através do reconhecimento e da resolução bem sucedida de um estado de crise podemos ajudar as pessoas a conseguirem amadurecimento, evitando dessa maneira o aparecimento de transtornos mentais e, conseqüentemente, reduzindo a necessidade de internações, o que contribuiria para a solidificação da reforma psiquiátrica, pois estaríamos trabalhando na Atenção Primária a Saúde.

Encontro nº 4 – Tema: Característica dos principais transtornos mentais

4º Encontro

a) Relato da experiência vivenciada com o grupo

Para iniciarmos a abordagem sobre o tema dos transtornos mentais, após a dinâmica de aquecimento, fizemos uso de um documentário em vídeo, que mostrava o Hospital do Juquery 10 anos antes e na época da reportagem (2000) e no qual o apresentador faz uma discussão ampla do que é a loucura. Pudemos verificar as mudanças efetivadas nesse hospital, e o quanto ainda necessitava mudar.

Durante a exibição da fita, nos momentos em que eram mostradas cenas mais chocantes, percebíamos uma inquietação geral dos participantes e até uma expressão de “nojo”. Após a exibição, muitas questões foram suscitadas entre elas: a questão do medo,

da sensação de incapacidade para trabalhar com o doente mental e a vontade de conhecer mais sobre o problema, pela conscientização que ele existia e está entre nós.

b) Discussão do tema: Característica dos principais transtornos mentais

Sub-tema: Despreparo dos profissionais de saúde

A Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) normatiza as responsabilidades e ações estratégicas para que todos os municípios desenvolvam no PSF programas tais como: ações de saúde da criança, da mulher, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, do diabetes mellitus e ações de saúde bucal no entanto; há pouco trabalho voltado para a área da saúde mental.

Segundo Osinaga (2004), os últimos cálculos aproximados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a incidência mundial de morbidade correspondente nas pessoas de 15 a 44 anos de idade, indicam que os transtornos mentais e do comportamento representam cinco das dez principais causas de morbidade em todo o mundo. A porcentagem da morbidade mundial atribuível aos transtornos mentais e do comportamento aumentará de 12% em 1999 para uma previsão de 15% até o ano de 2020.

A autora, embasada em Saraceno (1999), relata que cerca de 450 milhões de pessoas padecem de algum tipo de transtorno mental na atualidade.

Esse aumento é particularmente acentuado nos países em desenvolvimento, devido a fatores como o envelhecimento da população, a rápida urbanização, o estresse, as crises na família, a violência e a globalização.

Com toda certeza, os profissionais da área de saúde tiveram, em algum momento de sua formação, disciplinas ou conteúdos que tratavam dos transtornos mentais, com exceção dos agentes comunitários, que na maioria das vezes começam a trabalhar sem nenhum treinamento, ou quando o recebem, não vêem contemplado esse tema. Como mostra os dados epidemiológicos, seria de extrema importância que os profissionais da saúde se preocupassem com os transtornos mentais e que os órgãos competentes oferecessem a contrapartida para esses profissionais. Pelas falas percebemos que os profissionais se sentem despreparados:

Uma paciente psiquiátrica que tinha suspeita de câncer, quando chegou o resultado a enfermeira pegou o papel e ela queria tomar o papel de todas as maneiras, fazendo a maior falta de educação. Depois passado, percebendo a falta cometida, se desculpou com a enfermeira. O que devo fazer nesse caso? (enf II)

Uma vez detectado o paciente psiquiátrico para onde devemos encaminhá-lo? (ACS VIII)

Quando questionados sobre os tipos de doenças que existiam na comunidade, a maioria dos participantes não se lembrou dos transtornos mentais; e, se questionados diretamente sobre a existência de transtornos mentais, tiveram muita dificuldade para responder; muitos sequer sabiam do que se tratava. Percebemos ainda que muitos não relacionavam o uso de medicamentos psicotrópicos aos transtornos mentais. Esse fato vem ao encontro do trabalho de Danese (1998), que encontrou pessoas que faziam uso constante de psicofármacos numa população atendida pelo PSF e que não reconheciam o Programa como um meio pelo qual poderiam ser ajudadas.

Em relação à enfermagem, podemos entender a maneira como surgiu a psiquiatria, a enfermagem e mais especificamente a enfermagem psiquiátrica no Brasil e sua evolução (ROCHA, 1994). Segundo essa autora, é comum, em reuniões de profissionais da área, em congressos, ou em estudos sobre a prática da enfermagem

psiquiátrica, constatar-se que esta não atende aos padrões qualitativos desejados, mantendo-se distante da teoria, bem como dos raros programas oficiais.

A enfermagem psiquiátrica, especificamente, foi criada para vigiar e disciplinar o doente mental. Desde então, a psiquiatria tem-se transformado na teoria, no discurso; a praxis, porém, pouco mudou.

Sub-tema: Sinais e sintomas

Talvez, devido ao despreparo dos profissionais, um tema recorrente nos encontros foram as dúvidas referente aos sinais e sintomas dos transtornos mentais, como pudemos perceber pelas falas:

*...ouvira coisas, que queriam mata-lo, etc...(ACS III);
O paciente que apresentava sintomas de animais, como andar com os pés e as mãos, comer no chão. A mãe também apresenta sinais de transtornos, quando chegava dizia para ele: esconde, esconde, gritava... (ACS VI);
Paciente que estava falando de um assunto depois passa para outro, como caça de esmeralda... (ACS IX);
Quando minha irmã surta, ela trabalha feito “uma vaca estourada”(ACS V);
...fobia por bichos, até mesmo se tiver um pequeno descascado na parede ela pensa que é bicho (ACS II);
Meu primo tem mania de grandeza, vai se casar com atriz famosa está gravando o filme Titanic.(ACS IX).*

Percebemos que a fala dos participantes se prende aos aspectos orgânicos da doença mental, o que pode ser explicado pelo sistema de saúde vigente, que embora esteja passando por uma transição, ainda é hospitalocêntrico, enxergando a pessoa como um organismo doente.

Os sintomas deixam de ter a função de identificar a doença, passando a ser problematizado e interrogado o seu sentido na história do paciente. Mais do que índice da essência de uma doença, o sintoma inclui o sujeito. “Uma orientação que pretenda romper com a equação doença-doente confere um estatuto positivo à fala do paciente que passa a

ser acolhida como expressão de sua condição existencial” (MACEDO; MARON, 1997, p. 208).

Sub-tema: Despreparo dos familiares

Um relato freqüente também foi a questão familiar; para os participantes desse trabalho os familiares não estão preparados para cuidar dos portadores de transtorno mental.

*Em muitos casos os familiares querem internar para ficar livre do paciente problema (enf II);
Quando ela entra em crise, ela mesma pede para ser internada no sanatório (ACS VIII).*

Com o advento do hospital psiquiátrico, a família perdeu a tutela do portador de transtorno mental, que passou a ser objeto de estudo e tratamento da psiquiatria. Para Colveiro (2002), os familiares de portadores de transtornos mentais revelam diariamente um despreparo para agir diante dos sintomas característicos dos transtornos graves, sendo que entre esses o que mais chama atenção é a expectativa de ajuda que solicitam aqueles que comparecem aos serviços de saúde, buscando resolver o quadro apresentado pelo doente mental como ameaçador, instável, não confiável e incompreensível.

O papel que a família assume é de observar se houve melhora ou piora do quadro e se a medicação está fazendo o efeito esperado (MORENO 2000). Para esta autora:

Durante o período de internação, é comum vermos a pessoa em sofrimento psíquico e familiares caminhando juntos pela área do hospital. O paciente carrega consigo uma sacola onde guarda guloseimas que foram trazidas pela família. Mostra-se contente com a visita dos familiares, e estes mostram-se assustados diante do enfrentamento de uma internação psiquiátrica e do próprio espaço institucional (p. 8).

Para que ocorra o processo de desinstitucionalização é importante o estabelecimento das condições básicas de tratamento para o núcleo familiar. Se a família

não puder contar com uma rede que a auxilie no atendimento ao paciente, a tendência é ocorrer internações sucessivas, pois há uma sobrecarga devido aos cuidados com o doente, podendo prejudicar a interação familiar (BARROS, 1994; MORGADO; LIMA, 1994; KOGA, 1997).

A partir do momento em que o familiar passa a perceber que seu parente entrou em sofrimento mental começa a sentir transformações em sua vida, constatando perda do seu mundo habitualmente vivido com os demais membros da família, levando-os a se sentirem em uma nova situação (SCHNEIDER, 2001).

Esse autor, realizando um estudo sobre família de esquizofrênicos, encontrou 13 unidades de significados relatados pelos familiares. Dentre estas destacamos:

- Conviver com uma pessoa em constantes mudanças no seu modo de ser;
- Perceber que sua própria vida foi transformada com a situação familiar;
- Conviver com a incerteza das causas que levaram o familiar a seu estado atual;
- Perceber a não-aceitação do cuidado, da afetividade por parte do esquizofrênico;
- Vincular a cura ou a permanência em casa do doente com o controle medicamentoso;
- Conviver com a agressividade e com o receio da agressividade da parte do familiar;
- Relacionar o trabalho com a saúde mental do esquizofrênico;
- Aceitar esse membro da família, revelando preocupação com seu modo de vida;
- Apoiar-se em crenças espirituais para encontrar um sentido para o estado atual do familiar;

- Conviver com as ambigüidades da alternância de hospitalização e altas do parente.

Podemos perceber que para o familiar não é realmente fácil lidar com o portador de transtorno mental e com as dificuldades que essa convivência acarreta, até mesmo pelo estigma que vem acompanhando essas doenças. Assim, precisamos de profissionais preparados para dar suporte a essas famílias. E também é importante que essas famílias sintam que têm onde recorrer caso sintam necessidade; portanto são necessárias, iniciativas na área de saúde que busquem instituir intervenções para além da terapêutica individual medicamentosa, não restringindo o atendimento somente às demandas da doença, mas considerando o estabelecimento de espaços intercessores, como um momento de manter diálogos, mas valorize a fala e a escuta, os anseios, angústias e expectativas dos usuários, buscando intercomplementaridade entre trabalhadores da saúde, usuários e sociedade (PEREIRA et al., 1996, p. 3).

Encontro nº 5 – Tema: Formas de tratamento e abordagem do portador de transtorno mental e seus familiares.

5º Encontro

a) Relato da experiência vivenciada com o grupo

No último encontro tratamos dos tratamentos e intervenções familiares. Esse encontro foi marcado por muita discussão, curiosidade e insegurança. Era o momento culminante de nosso trabalho, pois se tratava das intervenções familiares. Foram comum o relato de casos e a forma de agir em determinadas situações. Também foi solicitado que fizéssemos uma apostila com tudo aquilo que estávamos discutindo. Esse fato foi

marcante, porque percebemos por parte dos profissionais envolvidos um interesse genuíno pelo tema.

Como dinâmica de aquecimento usamos a do boneco, com o objetivo de refletir sobre a forma de tratamento que damos às pessoas e coletar informações conceituais sobre o tema.

Na medida em que o boneco ia sendo passado de mão em mão, parava-se a música, com o facilitador na posição de costas para os participantes. A seguir o facilitador ou um observador anotava o nome de quem ficou com o boneco, no momento em que a música parou, até o final da música, quando foi recolhido o boneco. Pedimos que todos escrevessem as perguntas que seriam respondidas individualmente. Durante a dinâmica houve momento de muita distração, mas também de apreensão; todos queriam ficar livres do boneco o mais rápido possível.

Durante os comentários, destacamos que: “É bom lembrar ao grupo que, da mesma forma que fizeram com o boneco, passando de mão em mão, querendo se livrar dele o mais rápido possível, semelhantemente faz-se com o cliente, as famílias, etc”.

A seguir e partindo das dificuldades que os participantes tiveram em responder, procedemos a discussão do tema.

Após a discussão, fizemos uma avaliação escrita através de estudo de caso, que os participantes deveriam responder sozinhos. Percebemos que nesta segunda avaliação, os participantes estavam mais seguros.

Para encerramento da oficina “Transtornos mentais e intervenções familiares”, fizemos uso da dinâmica cartão coletivo, no qual o participante faz um desenho ou deixa uma mensagem positiva, passando assim, por todos os participantes. Foi um momento muito rico de confraternização entre as duas equipes.

Neste momento sentíamos a alegria da tarefa cumprida, e a responsabilidade do muito que ainda há por fazer, com as equipes que se mostraram receptivas e ávidas de conhecimento.

b) Discussão do tema – Formas de tratamento e abordagem do portador de transtorno mental e seus familiares.

Sub-tema: Falta de conhecimento

Esse sub-tema denota o despreparo da equipe para trabalhar com os portadores de transtornos mentais e com seus familiares, como relatados anteriormente. Os participantes mostraram-se ansiosos e achavam que precisavam de mais conhecimento (técnicas) para abordar esses familiares, como podemos denotar pelas falas:

*A gente não sabe como agir na frente dos familiares (ACS X);
Tem que saber as palavras certas pra falar... (ACS III)
A família pode ficar com raiva da gente... (ACS XI)
...eu não sei o que fazer, porque muitas vezes eles não ouvem a gente (enf.I);
Não temos preparo para abordar a família, a faculdade não deu isso pra gente. (dentista II);
A gente tem medo de não saber o que fazer (ACS VI).*

Para Danese (1998) a equipe multiprofissional do PSF deve procurar identificar na comunidade os agravos de saúde mental e buscar meios para minimizá-los, através de parcerias com órgãos competentes e com a própria comunidade, procurando resgatar também a cidadania de seus usuários a partir de condutas adequadas de envolvimento.

Cuidar da família implica também em conhecer como esta cuida, identificando suas dificuldades e forças, para que o atendimento do profissional possa responder às necessidades de seus membros. Este compartilhar responsabilidades torna-se um caminho difícil para o profissional acostumado a “decidir o que precisa ser identificado, feito, orientado e avaliado” (DANESE, 2001).

Se preocuparmos com a desinstitucionalização devemos lembrar que esta procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços alternativos que atendam individualmente às necessidades e de seus familiares (SCÓZ; FELINI, 2003), para isso precisamos contar com a integralidade dos serviços de saúde. A compreensão dos vários níveis que compõem a complexidade do trabalho territorial, apontada pelas reformas substitutivas, garante o cuidado integral, tanto quanto reafirma a responsabilidade de todos os envolvidos para a sua continuidade.

Sub-tema: Despertar para a realidade dos transtornos mentais

Foi interessante notar que no final do processo de capacitação muitos agentes comunitários e enfermeiros trouxeram à tona, problemas relacionados com os transtornos mentais que ocorriam em sua área. Um participante fez o seguinte comentário: *legal como agora, nós estamos lembrando de um monte de caso.*

Para Rosa (2002), com o PSF surge um novo desafio para o profissional de saúde com formação hospitalocêntrica, curativa, individualista: adequar o modelo assistencialista, social e humanista do doente ao seu contexto familiar, enfocando não somente a doença, mas principalmente a própria pessoa, levando em consideração o contexto vivido, caminhando assim para a prevenção. Pudemos acompanhar esse despertar pelas falas dos participantes:

*Na minha área tem uma pessoa assim (ACS I);
Eu nunca tinha parado para pensar nisso (ACS IV);
Nossa! agora que eu to entendendo um monte de caso (ACS III);*

...engraçado, que antes eu não me lembrava de um caso só agora...(ACS VII)
Ninguém tinha explicado isso pra gente.(ACS II).

Para Scóz e Felini (2003), qualquer que seja a alternativa das ações de saúde mental no PSF, julga-se imprescindível reforçar o papel evidente de uma ação conjunta respeitando os princípios básicos de re-orientação do modelo assistencial, em que a estratégia de desinstitucionalização, atenção biopsicossocial interdisciplinar e a ampla participação e o controle social dos usuários, permitam atender os preceitos maiores do SUS, PSF e a Reforma Psiquiátrica.

5.3 Avaliação dos resultados da oficina: “Transtornos mentais e intervenções familiares”

Durante todo o desenvolvimento das atividades pedagógicas preocupamo-nos em estar continuamente avaliando e controlando a efetividade das ações, procurando atender aos objetivos propostos no estudo e as necessidades dos participantes. Assim, utilizamos várias estratégias de avaliação, como a solicitação de feedback imediato da equipe, bem como a auto-avaliação em relação a cada tema.

Como nosso grupo era heterogêneo, isto é, composto por enfermeiros e dentistas que possuem nível superior e agentes comunitários de saúde com escolaridade diferenciada, achamos certo, além das avaliações feitas durante os trabalhos educativos, deveríamos aplicar ainda uma avaliação através de estudo de caso. Para tanto, no primeiro dia, antes de qualquer atividade fornecemos um estudo de caso (APÊNDICE 3) e pedimos para que, individualmente, todos escrevessem qual seria sua conduta para aquele caso. No último dia, antes da oficina de encerramento aplicamos outro estudo de caso com a mesma solicitação. Nas duas avaliações os profissionais não precisam identificar-se.

Na primeira avaliação ficou nítido o despreparo da equipe através de suas respostas em que a maioria preocupou-se em encaminhar o portador de transtornos mentais, seja para assistente social, psicólogo, psiquiatra ou hospital psiquiátrico. Apenas 04 pessoas falaram em intervenção com as famílias. Podemos ilustrar através das respostas:

*Orientaria a família para procurar um psicólogo...Daí o psicólogo encaminha para um serviço mais específico;
Orientaria a família a procurar um especialista, no caso um psicólogo ou até mesmo um tratamento fora da cidade...
Orientar para que ela (família) procurasse a assistente social, para que ela possa orientá-los quanto à providência a ser tomada;
Conversaria com a família para estar procurando ajuda especializada no assunto, e orientaria a família a aceitar a internação, pois sem o consentimento da família o tratamento não seria possível.*

Entre os que mencionaram intervenção familiar, encontramos as seguintes respostas:

*Orientar a família para ter paciência e entender que o paciente está doente, que não está agressivo “por maldade.”;
Explicar para os familiares para não demonstrar medo, falar sempre com firmeza e com uma pequena distância...
Tentaria procurar entender o que se passa com a família: quando começou? Por que começou? Em seguida passaria o caso para a enfermeira responsável pela área.*

Na última avaliação, porém, as respostas foram bastante variadas e pudemos perceber em todas elas uma preocupação com a família e com a temática dos transtornos mentais. Algumas das respostas foram:

*Acompanharia com mais frequência esta família, dando maior apoio no que ela precisasse...
Orientaria como ela deveria proceder e tentaria ajudá-la e entender suas dúvidas e sua situação;
Eu poderia estar dando um tipo de atenção, que ficasse mais perto dele...
Orientaria quanto as causas da internação, tipo de problema e sobre a importância do apoio familiar no êxito do tratamento;
Conversaria com essa pessoa, mostrando apoio, e mostrando para essa família que pode contar e confiar em mim;
Procurar não tratá-lo como doente, seguir o tratamento corretamente e dar bastante apoio;
Orientação quanto à doença, tipos de tratamento, acompanhamento da família quanto às necessidades físicas e psicológicas.*

Realizamos ainda a avaliação final das atividades desenvolvidas durante as oficinas, através de um instrumento que contemplava aspectos como planejamento e organização das oficinas e resultados alcançados. As respostas foram unânimes no sentido de que as ações educativas foram proveitosas e que eles queriam e precisam de mais informação, pois até então esse era um assunto pouco conhecido e havia sido despertado neles uma vontade de saber mais, como nas falas seguintes:

O tema família vai contribuir com meu trabalho, porque todos estavam precisando de ajuda, nesse sentido. Foi tudo muito bom, consegui pelo menos conhecer melhor do assunto. Sugiro que continuássemos sempre que puder, tendo mais treinamentos.

O tema família foi importante, porque nossa equipe trabalha diretamente com famílias. As informações aqui aprendidas fazem a gente refletir tanto no nosso trabalho quanto na vida. Sugiro que o treinamento tenha continuidade.

...porque foi discutido o tema crises que passamos durante a vida, a forma de identificá-las e superá-las evitando uma doença mental futura. Acho que foi bom, principalmente para os Agentes Comunitários de Saúde, que não tem nenhuma formação de psiquiatria, mas também acrescentou muito de conhecimento, já que a psiquiatria foi abordada com relação a saúde coletiva e PSF, o que não acontece na faculdade, onde dão ênfase na doença e tratamentos. Tivemos uma boa base, mas seria necessário maior carga horária.

...pois agora terei uma meta, digo, uma diretriz de como e o que fazer...Esse treinamento me fez ver que o “doente mental” é uma pessoa com uma doença como qualquer outra. E o que nos fazia diferenciar estes dos outros era nossa própria ignorância. Sugiro mais tempo e aulas práticas.

O termo família foi importante, porque tentamos levar às casas orientações e prevenções, tentando ajudar de acordo com os problemas...é sempre bom aprender coisas novas que possam nos auxiliar no nosso trabalho...Tudo que aprendi foi ótimo para meus conhecimentos.

A etapa de evolução sobre família me ajudou muito no meu modo de agir e pensar.....Foi muito bom, pois abordou vários temas dentro de saúde mental. As discussões e os esclarecimentos foram muito claros, o que aumentou meu conhecimento. ...deveria ter mais vezes, para que pudéssemos trabalhar melhor e passar conhecimentos para as pessoas que visitamos.

Analisando as respostas ao instrumento de avaliação final da oficina “transtornos mentais e intervenções familiares” (APÊNDICE 3) podemos dizer que de maneira geral a maioria da ESF apresentou as seguintes considerações:

- A relação de temas abordados foi excelente;
- Houve aprendizagem de novos fatos e foi possível despertar para uma outra realidade;
- A maioria das opiniões referentes ao portador de transtorno mental foi mudada;
- Houve liberdade para expressão;
- A satisfação pessoal foi boa;
- Todos mantiveram interesse em participar das atividades durante todo o tempo;
- Os participantes pretendem aplicar os conhecimentos na prática com as famílias;
- Os participantes estão mais despertos para a questão dos casos de transtornos mentais existentes na área.

Resumindo, a avaliação dos aspectos estratégicos dessa vivência evidenciou que:

- Alcançamos o envolvimento de trabalhadores das EPSF, que se comprometeram com a proposta de trabalho junto às famílias de portadores de transtornos mentais;
- Obtivemos total apoio do gestor de saúde de Conquista/MG e dos enfermeiros, que liberaram a equipe no horário de trabalho, para que fosse possível a realização da oficina;

- Houve uma boa qualidade das relações interpessoais entre os participantes do grupo;
- Houve oportunidade de cumprir o plano estabelecido, dentro do tempo determinado;
- Foram relevantes as informações sobre os problemas vivenciados pelos trabalhadores do PSF, especificamente relacionados aos casos de transtornos mentais que eles iam lembrando com o decorrer dos trabalhos;
- Existiu possibilidade de esclarecimentos e aprofundamento da compreensão dos participantes sobre os transtornos mentais e formas de intervenção familiares no PSF;
- Houve um despertar para a questão abordada, o que até então não era sequer notificado ou percebido;
- Os resultados alcançados foram válidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atenção primária à saúde, com a implantação do PSF, vem-se procurando romper com o modelo hegemônico da doença, preocupando-se também com a promoção da saúde. É nesse contexto que realizamos esse trabalho de capacitação para trabalhadores em equipes do PSF, preparando os profissionais para fazerem intervenção com os portadores de transtornos mentais e seus familiares.

A investigação desse trabalho teve como tema central as intervenções com portadores de transtornos mentais e seus familiares. Tivemos como objetivo traçar um diagnóstico da situação dos trabalhadores dos PSFs de Conquista/MG, segundo as variáveis: conhecimento, do tema, condutas adotadas e dificuldades vivenciadas na assistência aos portadores de transtorno mental.

A avaliação dos dados diagnósticos evidenciou que a preparação da equipe do PSF para o tema saúde mental é basicamente o conteúdo da formação acadêmica ou dos cursos de formação técnica e quase nenhuma dos ACS. Podemos destacar ainda que os profissionais dos PSFs, apresentaram vontade de ampliar seus conhecimentos sobre o tema específico e aplicá-los no dia a dia.

Dentre as condutas adotadas pelos trabalhadores das ESF, estão: a preocupação em encaminhar o portador de transtorno mental para hospitais psiquiátricos, o não saber como reagir, e alguns que demonstram cuidados como ouvir, manter a calma e fazer visitas.

A dificuldade encontrada foi a falta de preparo técnico para lidar com a situação de surto do portador de transtorno mental e com sua família.

Os trabalhadores participantes sugeriram conteúdos que foram extraídos da análise das entrevistas, observação participante e dinâmica.

Assim, buscando fornecer subsídios em saúde mental para os trabalhadores dos PSFs traçamos ações educativas a partir de temas que foram: Relacionamento interpessoal, família, crises/saúde mental, características dos transtornos mentais e tratamentos e intervenções em saúde mental.

Na análise das ações educativas pudemos destacar que esses profissionais:

- Percebem a importância da saúde mental e intervenção junto aos familiares dos portadores de transtorno mental, como uma forma de evitar re-internações.
- Carecem de conhecimento sobre transtornos mentais e formas de intervenção.
- Potencialmente, possuem a ferramenta do atendimento necessário para atuação junto aos familiares: o vínculo e a humanização do processo de relacionamento familiar.

Na avaliação da Oficina “Transtornos mentais e intervenções familiares”, a análise evidenciou que houve mudança de conduta da primeira avaliação de estudo de caso para o segundo estudo de caso. No primeiro, quando questionados sobre condutas a maioria, referiu encaminhamento, no segundo estudo de caso muitos colocaram a importância de ouvir, conversar, orientar, “estar ao lado”.

A Reforma Psiquiátrica tem na sua essência a busca incessante do direito e da cidadania. Por conseguinte, não pode ser dissociada de todas as dificuldades que neste momento a humanidade vem enfrentando diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização.

Desta forma, preconizam a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, mediante princípios como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania, envolvimento e participação ativa no tratamento por parte dos familiares e responsáveis, horizontalidade nas relações, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, transformação do hospitalismo e a dependência em desinstitucionalização e autonomia.

Assim, ao final desse trabalho propomos que:

- Haja educação permanente para as equipes de Programa de Saúde da Família, sobre temas específicos sobre as dificuldades pelas quais toda família atravessa, buscando sempre a humanização do atendimento e entendendo que o importante é o atendimento familiar e não individual.
- Capacitação dos membros das equipes de PSF para trabalhar dentro de um novo paradigma na concepção de saúde-doença.
- Reuniões com as equipes no sentido de reforçar o trabalho em equipe.
- Continuidade desse trabalho, enfatizando a saúde mental e formas de intervenção, inclusive com acompanhamento diretamente nos domicílios.
- Incluir educação permanente para abordagem dos aspectos psicossociais do processo de saúde e doença tais como dificuldade de aderência ao tratamento, atendimento e orientação em consultas de puericultura, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, uso e abuso de drogas, entre outras.
- Apoio logístico e cultural do poder local, estadual e nacional através de incentivo e adoção de uma “política” geral de desenvolvimento econômica capaz de gerar uma cidadania emancipatória.

- Mudar atitudes, desconstruir barreiras é uma ação difícil, porém se quisermos modificar o cenário das práticas de assistência psiquiátrica, precisamos começar pelo ensino; e no conteúdo das disciplinas devemos preocupar-nos com a preparação de profissionais aptos para trabalhar na Atenção Primária à Saúde, que estejam sensibilizados para trabalhar o ser humano como um todo.

REFERÊNCIAS

AGÉGE, S. Câmara aponta crise em manicômios. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 de junho de 2000. Caderno folha Cotidiano.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

BANDEIRA, M. et al. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **J. Bras. Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 43 a 57, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Lisboa, 1977.

BARRETO, F. P. História mínima da psiquiatria mineira. Associação Mineira de Psiquiatria- AMP. Disponível em www.psiquiatria/MG.br Acessado em: 24 de maio 2005.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Ed. Da Univ. São Paulo/Lemos, 1994.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

BORDA, O. F. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular, In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. p. 42-62

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria J. Alvarez, Sara B. dos Santos e Telmo M. Baptista. Porto Codex, Portugal: Porto Editora, 1994.

BRAGA, J. N. **Dinâmica de grupo e comunicação nas relações humanas**. São Paulo: União social Camiliana, 1998.

BRASIL, Ministério da Educação. **Educação profissional**: referencial curricular para a educação de nível técnico, v. 1. Brasília, 2000 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1988. Mimeo.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Políticas e Estratégias. Área Técnica de Saúde Mental. **Por uma política de saúde mental**. Brasília, 1999.

_____. **Reuniões com os pólos de capacitação em saúde da família**. Brasília, 2000 a.

_____. Fundação Nacional da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Programa de Saúde da Família**: saúde dentro de casa. Brasília, 2002b.

_____. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretriz e normas para a assistência em psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de fevereiro de 2002 a.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986 Relatório Final Ministério da saúde, Brasília 1986.

_____. Saúde Mental. Secretaria de Gestão em Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Cadernos do aluno: saúde mental**. 2 ed. Brasília, 2002c.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Saúde da família**. Brasília, 2004.

BREDA, M. Z; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica. **Rev. Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 51- 59, jan. 2001.

BRENDLER, J. et al. **Doença mental, caos e violência**: terapia com famílias a beira da ruptura. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BUENO, F. S. **Dicionário da língua portuguesa**. 11 ed. Rio de Janeiro: FAE, 1986.

CACCIA-BAVA, M. C. G. **A história das famílias de crianças e jovens com paralisia cerebral**: a dor que não sai no jornal. 2001. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CAMPOS, C. E. A O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 45- 57 2003.

CAPLAN.G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Paidós: Buenos Aires, 1966.

CAVALCANTI, M. S. L. **“Gosto de ser mulher”**: representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. 1998. 191p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COLVEIRO, L. A **Desafios da família na assistência com doente mental**: cotidiano conturbado. 2002.111p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar, Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, N. R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

COSTA NETO, M. M. **Caderno de atenção básica à saúde, v. 4**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

DAL POGGETTO, M.T. **Temáticas de Aprendizagem de clientes colostomizados: estratégias norteadoras da assistência de Enfermagem.** 2002. . Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

DANESE M. C. F. O usuário de psicofármacos num Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, 37- 38, mar./ago. 2001.

ESCODA, M. S. Q.; LIMA, M. F. Saúde, sociedade e governo. Texto apresentado às etapas municipais e estadual- In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, Rio Grande do Norte, 1992. Mimeo.

FAGUNDES, P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais. **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 163-168, 1998.

FERREIRA, A B. H. **Novo dicionário básico da língua portuguesa:** Folha/Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERNANDES, J.D. Ensino de Enfermagem e de Enfermagem Psiquiátrica. 1982. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FUREGATO, A R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na Enfermagem.** Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1987.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos:** renovação ou reprodução do modelo assistencial. 2001.189p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica:** sobrecarga familiar. 1997. 90p Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Programa de Saúde da Família de Maringá:** opinião sobre a saúde mental. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

LINTON, F. **O homem:** uma introdução à antropologia. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes: 1976.

MACEDO, A. L. P.; MARON, M. G. A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma? **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 6, n. 46, p. 205-211, 1997.

MANZOLLI, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. 203p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed.. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINICUCCI, A. **Técnicas do trabalho de grupo**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. 2000. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MORGADO A.; LIMA, L. A Desinstitucionalização: suas bases e experiências internacionais **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.19-28, 1994.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo 8ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

LOUZÃ NETO M.R. et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

NICK, E.; OLIVEIRA, S. B. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 11, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. In: CONFERÊNCIA DE ALMA ATA, URSS, 1978.

OSINAGA, V. L. **Saúde e doença mental**: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. 1999. 131p.Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OSORIO, L. C. A família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D. E. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 293-304.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales em enfermagem**. Barcelona: Masson-Salvat Enfermeria: 1990.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ática, 1999.

PEREIRA, M. J. B. et al. **Assistência domiciliar produzindo subjetividade e possibilidade de (RE) criação do trabalho em saúde**. SP, 1996. (enxerto do trabalho tese de doutorado).

PIRES, D. E. Programa de Saúde da Família. Entrevista com Heloiza Machado de Souza. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, nº especial, p. 7-16, dez. 2000.

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

RIBEIRO, E. C.O.; MOTTA, J. I. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Rev. Eletrônica da Rede Unida**, 1999. Portal da rede unida Disponível em: <http://www.redeunida.htm> Acesso em: 24 de maio 2005.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental- esboço histórico. **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez.1999.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade**: um estudo sobre a formação continuada de pediatria em Minas Gerais. 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica**: que papel é este? Rio de Janeiro: Ed. Te Corá Instituto Basaglia, 1994.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica – saúde mental**: prevenção e intervenção. São Paulo: EPU, 1999.

RODRIGUES, L. R. “**Só quem sabe da doença dele é Deus**”: o significado cultural da doença mental no contexto cultural. 2001.151p., Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto..

ROSA, W. A G. **A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família - PSF**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROVERE, M.R. **Gestion estrategica de la educacion permanente em salud in educacion permanente de personal de salud**. organização panamericana de la salud. EUA: 1994. Série desarrollo de recursos humanos nº 100.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SCHENEIDER, J.F. **Ser Família de Esquizofrênico: o que é isto?** Cascável, PR: Edunioeste, 2001

SCOZ, T. M. X; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p.71-77, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> Acessado em: 03 de maio de 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Ed. Gente, 1996.

SIMÕES, A L. **Desenvolver o potencial de liderança: um desafio para o enfermeiro.** 2001.Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SOUZA, M. F. **A coragem do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

TAYLOR, S. C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica.** 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, M. B et al. **Manual de enfermagem psiquiátrica.** São Paulo: Atheneu, 1997.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 5. ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1992. p. 74.

TIGHE, J. Está-me a ouvir? **Rev. Nursing**, n. 6, p. 21 a 34, jan. 1994.

VIANNA, P.C.M. **A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição.** 2002. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

IDENTIFICAÇÃO

Nome (Iniciais)

Idade:

Sexo:

Escolaridade

Tempo de formado:

Cargo no PSF:

Estado civil:

Onde trabalhou antes do PSF?

INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS:

- 1) Quais são os problemas de saúde mais comumente encontrado em sua área?
- 2) Você tem observado muitos casos de doença mental na área de abrangência de sua equipe?
- 3) Quais problemas mentais são mais freqüentes nesses casos?
- 4) Como é sua conduta para com o paciente portador de transtorno mental e os familiares desses?
- 5) Que tipo de preparo você teve para identificar, encaminhar e lidar com o portador de transtorno mental?
- 6) Você percebeu alguma modificação no atendimento aos portadores de doença mental após implantação do PSF?
- 7) Quais são dificuldades para orientar familiares e portadores de transtornos mentais?

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O ENFERMEIRO, MÉDICO E CIRURGIÃO DENTISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome (Iniciais)

Idade:

Sexo:

Escolaridade

Tempo de formado:

Cargo no PSF:

Estado civil:

Onde trabalhou antes do PSF?

INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS:

- 1- Quais são os problemas de saúde mais comumente encontrado em sua área?
- 2- Você tem observado muitos casos de doença mental na área de abrangência de sua equipe?
- 3- Quais problemas mentais são mais freqüentes nesses casos?
- 4- Como você toma conhecimento desses casos?
- 5- Que tipo de preparo você teve para identificar, encaminhar e lidar com o portador de transtorno mental?
- 6- Você fez algum curso/treinamento de saúde mental ou psiquiatria? Há quanto tempo?
- 7- Como é sua conduta para com o paciente portador de transtorno mental e os familiares desses?
- 8- Você percebeu alguma modificação no atendimento aos portadores de doença mental após implantação do PSF?
- 9- Quais são dificuldades para orientar familiares e portadores de transtornos mentais?
- 10- Sugestões:

APÊNDICE III

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

Estudo de Caso:

Uma família composta por 4 pessoas, o pai José de 60 anos, a mãe Joana de 57 anos. Carlos e Rosa de 21 anos; - Joana era de origem judia, morou na Alemanha e durante a 2ª guerra mundial esteve internada em um campo de concentração. Foi libertada em 1945. Em estado de total inanição. Salvou assim sua vida, mas ficou sabendo que perdeu toda sua família. Em 1946 casou-se com José, que tinha perdido, por sua vez, sua primeira mulher durante a ocupação alemã. Em 1947 eles tiveram gêmeos: Carlos e Rosa. Quando os filhos tinham 4 meses, imigraram para Argentina. Foram trazidos por um irmão paterno que trouxe também outros irmãos. Este irmão paterno foi quem lhes deu a moradia onde eles vivem atualmente. O grupo familiar se dedicou, durante longos anos, à dura tarefa de adaptação a essa nova terra, depois de ter passado pelo terrível transe de ter perdido todos os seus membros.

Em 1965, Carlos já era um moço de 18 anos, que vinha estudando com certas dificuldades. Naquele verão, para avançar nos seus estudos, tentou antecipar o último ano do curso de bacharelado e foi reprovado. Tentou mais uma vez e foi aprovado. Depois disso, tentou ingressar em uma faculdade, c foi reprovado; tentou então uma outra faculdade e foi novamente reprovado. No ano seguinte, ele estava mais nervoso, o que se manifestava por longas caminhadas solitárias pela cidade.

Circunstâncias políticas locais foram o estímulo desencadeante e a partícula de realidade onde se instalaram idéias de perseguição pela polícia. Já não podia andar só pela ma. Ficava fechado em casa e sua conduta se tomou cada vez mais estranha.

Falava sozinho, maneirismos e brigas com os pais. Tinha uma idéia clara de que a polícia o perseguia por ser judeu. Foi piorando e no ano seguinte, em fevereiro foi internado nela primeira vez num hospital psiquiátrico durante dez meses. Seu estado mental foi piorando, quando retomou para casa, não queria ver ninguém quase todo o tempo trancado em seu quarto. (do Livro Família e doença Mental Berenstein).

- A) Se você fizesse parte da ESF que atendesse essa família, qual seria a conduta para com essa família?

AValiação FINAL - feita no último dia após todo treinamento.

Colegas, respondam as questões de maneira sincera, tranquila, sem a preocupação de ser avaliado. Você não está sendo avaliado. O treinamento é que está sendo avaliado. Escreva livremente tudo o que tiver vontade, não precisa se identificar. Essa avaliação do treinamento é importante para planejarmos as próximas etapas.

1) Estudo de caso:

J-E.C, 48 anos, sexo masculino, natural de Guaxima, solteiro, analfabeto e portador de deficiência visual. Foi internado no dia 26/01/05, no hospital psiquiátrico, pela companhia com quem vive há 12 anos. O motivo de sua internação foi por mostrar-se muito agressivo, há aproximadamente 2 meses, antes da internação. Três dias antes da internação o paciente ficou transtornado ouvindo vozes e tentou suicídio se atirando na frente de um carro. Também não estava se alimentando bem, era alcoólatra. Possui cinco irmãos que também apresentam características de transtorno mental, sendo que todos possuem história de internação anterior. Fazia uso de Tegretol 200mg e Haldol, mas parou com a medicação por achá-la desnecessária, (extraído dos arquivos do Sanatório Espírita de Uberaba)

• Responda:

- a) O que você acha que é a causa da doença de J.E.C?
- b) Enquanto J.E.C. estivesse no hospital, qual seria sua conduta para com a família dele?

- c) No retorno desse para casa, quais seriam as orientações que você daria a sua esposa?

2) Em relação ao tema "Família", você acha que vai contribuir com seu trabalho?

() Sim () não Porque?

3) O que você avalia que foi bom no treinamento?

4) O que você acha que poderia ser melhor?

5) Sugestões

APÊNDICE IV

Ordenação do material de observação da primeira etapa do trabalho de observação participante no período de agosto a dezembro de 2004.

DATA/HORA REGISTRO	ATIVIDADES/ SUJEITOS	SITUAÇÕES VIVENCIADAS	COMENTÁRIOS
3/08- PSF 1 7h;30 às 8h:30 8h:30 às 11h:	Inserção do pesquisador no campo; Permanência do pesquisador no local.	Apresentação do pesquisador, exposição da intenção do trabalho de pesquisa, esclarecimento de dúvidas; Presenciamos a distribuição de tarefas pelo enfermeiro, e a saída dos ACS para visitas.	Percebemos na equipe uma dúvida latente, e uma insegurança, por não saber exatamente do que se tratava. No princípio havia certa inquietação da equipe pela minha presença.
10/08 7h às 11h 12h às 17:00 h	Visita domiciliar/enfermeira e pesquisador. Visita domiciliar/enfermeira e pesquisador	Família de pessoas idosas adultas, com uma idosa acamada diabética, e vítima de seqüela de AVC, às vezes fica apática, outras agressiva. Enfa. Verificou glicemia e mediu pressão. Família com um grande de pessoas em uma casa escura, familiar com grande úlcera na perna, infectada e mostra transtornos mentais.	Os familiares cuidam relativamente bem da idosa, porém dizem tem certos momentos que não sabem o que fazer. Família bastante desestruturada, faz uso de bebidas alcóolicas, falta de higiene. O enfermeiro preocupou-se com a úlcera, motivo da visita.
17/10 7h às 11h 12h às 16h	Acolhimento/enfermeira e pesquisadora Entrevista com recepcionista e 02 ACS	Demanda por atendimento, usuários querendo ser atendidos pelo médico, outros queriam pegar remédio e outros ainda, queria “receita azul”. Entrevista com pessoal da equipe para diagnóstico da situação, no consultório da médica que naquele período estava desocupado.	Enfermeira juntamente com a recepcionista, marcam consulta; os pacientes que querem apenas medir pressão são encaminhados para a auxiliar de enfermagem e a recepcionista pega as receitas com a médica.
24/08 7:h às 11h 12h às 16h	Consultas médicas/médico e pesquisador, Entrevista com a enfermeira, dentista duas ACS	A consulta é rápida, porque a demanda é grande, segue um padrão pré-estabelecido. Não há pesquisa sobre transtornos mentais. Entrevista com pessoal da equipe	O médico é muito querido pela população, e mostra disposição para ouvir, porém relata que não há tempo hábil. As entrevistas ocorriam

		para diagnóstico da situação, no consultório da médica que naquele período estava desocupado.	sempre no mesmo local, porque o médico naquele período estava com um problema e podia fazer 8h (temporariamente).
31/08 7:h às 11h	Consultas de enfermagem/enfermeira e pesquisado	Enfermeira verifica pressão e orienta sobre hipertensão.	Tem um cliente que mesmo alertado várias vezes, que não precisa verificar pressão todos os dias, comparece ao PSF uma ou vezes por dia, ninguém procurou saber o porque desse procedimento.
12h às 16h	Entrevista com 02 ACS, o médico, a	Entrevista para diagnóstico	
14/09 8h-9h-	Acolhimento enfermeira e pesquisador.	<p>Cliente feminino, veio buscar remédio para o marido faz tratamento para hanseníase, foi alertada pela enfermeira que este não estava tomando os remédios direito.</p> <p>Ela referiu que ele esteve internado que estava doente dos pulmões e por isso parou com os remédios.</p>	<p>A enfermeira me confidenciou que o marido na verdade era alcoólatra e parava os medicamentos por essa razão, que não adiantava falar..</p> <p>Achei que merecia ser feito uma visita nesse domicílio, porém não vi nenhum movimento nesse sentido.</p>
9h às 11h	Pré consulta: aux. enfermagem e pesquisador	<p>Nas cidades “pequenas” os aux. de enfermagem ou enfermeiro fazem pré-consulta, que consiste em preencher uma ficha, verificar a pressão, temperatura e peso e só então é passado para o médico</p>	<p>O auxiliar de enfermagem poderia ser melhor aproveitado em outras atividades.</p>
21/09 7h às 11:00	Consulta de enfermagem e pesquisadora	Atendimento de pessoas portadoras de diabetes, hipertensão, e uma senhora que sabia da minha presença no local procurou porque queria informações de como internar a filha de 16 anos que estava surtada.	Após conversar com essa senhora combinamos que iríamos a tarde visitar sua filha.
12h às 15hs	Visita com ACS	<p>Família numerosa, a referida adolescente se mostrava cabisbaixa, falava pouco; disse que estava assim porque o namorado a deixou e ela pretendia se matar.</p>	<p>Após conversa com a família e portador de transtorno, encaminhamos para o médico local, que encaminhou para internação no sanatório espírita. Essa cliente ficou internada saindo de alta pedido, na verdade ela não precisava de internação.</p>
28/08	Atendimento na	Realização de atividade da	Oportunidade para

7h às 11h 12h às 16h	unidade de saúde: curativo, medida de pressão/ pesquisadora. Atividade burocrática de fechamento do mês.- enf/ACS/Pesq.	auxiliar de enfermagem. Checagem e contagem das visitas, fechamento das fichas.	prestação de cuidados, criação de vínculos com os usuários e contribuição com o serviço; Acompanhar o relacionamento entre a equipe.
05/10 7h às 9h 12h às 16h	Visita com enfermeira/pesquisadora Consulta médica/pesq.	Senhora com câncer de intestino, recém-operada, em outra cidade, com colostomia. Muitos casos.	Cliente deprimida, enganada pelos médicos, que não contou seu estado real, a pedido da família. Nada digno de nota especial, apenas as queixas do médico do acúmulo de pacientes.
19/10 7h às 11h 12h às 15h 15h às 16h	Visita com ACS/pesquisador Permaneci no posto Desligamento temporário do grupo	Família composta por dois irmãos mudos,; a irmã é políquelixosa e diz ter problemas cardíacos. Ajudei nos atendimentos de enfermagem Agradei pela acolhida, e expliquei que após a transcrição das fitas eu voltaria para validação	Apresentam grande alegria com nossa presença, parece que sofrem de solidão. Casa extremamente bem cuidada. Senti que realmente eles importante minha presença ali, e aguardava ansiosos pelo treinamento
26/10- PSF 2 7h- 09h 09h às 11hs 12h às 16 h	Inserção do pesquisador no campo; Permanência do pesquisador no local. Permaneci no Posto	Apresentação do pesquisador, exposição da intenção do trabalho de pesquisa, esclarecimento de dúvidas; Presenciamos a distribuição de tarefas pelo enfermeiro, e a saída dos ACS para visitas. Assisti a reunião dos ACS, para distribuição de tarefas, conversei com enfermeira, recepcionista	Essa equipe pareceu mais dispersa e desconfiada, porém ninguém se negou a participar. Acontece a mesma inquietação da equipe anterior pela minha presença. Formação de vínculo
09/11 7h às 11h	Visita com ACS/Pesquisador	Os ACS estavam com vergonha de fazer visitas comigo, até que uma foi escolhida pelo grupo para me acompanhar. Viisitamos uma rua de trabalhadores	Era um local afastado, feio, com muitas casas juntas(cortiço) e a maioria dos trabalhadores estavam

12h às 11h	Visita com ACS/Pesquisador	canavieiros; Continuamos visitando os moradores da mesma rua. Em um certo momento visitamos uma senhora, que disse que a filha dela tinha acabado de sair do Sanatório espírita, mas não estava bem. O ACS, não sabia o que dizer	em casa, porque nesse dia tinha chovido. Foi muito bom, tivemos um bom entrosamento Na rua encontramos a pessoa egressa do Hospital psiquiátrico, que pegou nossa mão e pediu ajuda. Converse um pouco com ela e prometi voltar na semana seguinte.
16/11 7h às 11h	Visita com ACS/pesquisador	Visitamos a egressa do hospital psiquiátrico essa encontrava-se bem melhor,	Conversamos sobre a importância dos medicamentos, efeitos colaterais, e onde deveria procurar ajuda se necessário.
12h às 16h	Entrevista com aux. de enfermagem e 01 e um dentista	Usamos a sala de coleta de Papanicolau, que não estava sendo usada naquele dia	
23/11 7h às 11h	Procedimentos enfermagem-enfermeira/Pesquisador	Acompanhamos consulta e teste do pezinho, bem como coleta de Papanicolau.	Formação de vínculo com a enfermeira e população
12h às 16hs	Entrevistas com 01 ACS e enfermeira	Mesmo local	
30/11 7h às 11h	Atendimento na unidade de saúde: curativo, medida de pressão/pesquisadora.	Realização de atividade da auxiliar de enfermagem.	Oportunidade para prestação de cuidados, criação de vínculos com os usuários e contribuição com o serviço; Acompanhar o relacionamento entre a equipe.
12h às 16hs	Atividade burocrática de fechamento do mês.- enf/ACS/Pesq.	Checagem e contagem das visitas, fechamento das fichas.	
07/12 7h às 11h	Visita ACS e pesquisador	Família composta por 3 membros, sendo 2 portadores de transtornos mentais de acordo o ACS.	O ACS mostrava medo, porque disse que o rapaz parecia um bicho; vivia escondido e houve tempo em que morou no mato. A princípio não fomos muito bem recebidos. Olhavam-nos com desconfiança, consegui conversar um pouco com os dois. Eles não
12h às 16hs	Entrevista com 03		

	ACS		recebiam acompanhamento pela Equipe de saúde.
14/12 7h às 11h 12h às 16hs	Consulta médica- médico e pesquisador Entrevista com 01 ACS	Muitas gestantes, papanicolau	O médico é ginecologista
21/12 7h às 11h 12h às 16hs	Consulta de enfermagem- enfermeira e pesquisador. Pré-consulta- aux. de enfermagem e pesquisador	Realização de atividade da auxiliar de enfermagem. Ajudar nos procedimentos	Oportunidade para prestação de cuidados, criação de vínculos com os usuários e contribuição com o serviço; Criar vínculo com aux. de enfermagem e perceber o relacionamento dessa com os clientes
28/12 7h às 11h 12h às 16h	Pesagem de crianças- enfermeira/ACS/p esq. Permaneci no posto; desligamento temporário da equipe	Trabalho realizado junto com a Pastoral da criança. Há um número grande de crianças. É um trabalho exaustivo. Agradei pela acolhida, e expliquei que após a transcrição das fitas eu voltaria para validação	Colaboração com a equipe, relacionamento com a comunidade; Essa equipe me surpreendeu agradavelmente, pois se no início se mostrava um pouco arredios, agora pediam minha presença e diziam esperar ansiosamente pelas ações educativas.

APÊNDICE V

Termo de Consentimento livre e esclarecido para a Equipe de Programa de saúde da família

Termo de esclarecimento

Você trabalha no Programa de Saúde da Família e está sendo convidado a participar do estudo “Saúde Mental e Profissionais do Programa de Saúde da Família”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudo como este, por isso sua participação é importante. O objetivo deste estudo é:

- Identificar e descrever a situação dos profissionais da equipe do PSF, em relação a assistência oferecida aos portadores de transtornos mentais e seus familiares segundo as variáveis: conhecimento do tema, condutas adotadas e dificuldades vivenciadas.
- Criar oportunidade de educação permanente, visando aquisição de conhecimentos, oferecer assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares
- **Verificar a ocorrência de aprendizagem específica desses profissionais sobre transtornos mentais e meios de oferecer** assistência aos portadores de transtorno mental e a seus familiares

E caso você participe, será necessário responder a um questionário/entrevista que será marcada em seu ambiente de trabalho em horário e data previamente combinados, de acordo com sua disponibilidade. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificada por iniciais falsas

CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, (nome do voluntário), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário(ou responsável)

Número do documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato dos pesquisadores: 3318-5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APENDICE VI

ENTREVISTA Nº 1 ACS

Iniciais: J. E. F

Idade: 43 sexo: feminino

Escolaridade: 1º grau incompleto

Tempo de formada: 11 anos

Cargo: ACS Estado civil: casada

Tempo de trabalho: três anos e seis meses

L- Você já trabalhou em outro lugar?

J- Já, na Santa Casa, 12 anos, na creche...

L- Quais são os problemas de saúde mais comuns na sua área?

J- Pressão alta e diabetes

L- E qual você acha que tem mais? Pressão alta ou diabetes?

J- Pressão alta.

L- E o que vocês têm feito por esse pessoal que tem pressão alta?

J- Peço para a enfermeira ir olhar a pressão, né... e a medicação também é tudo controlada. Tem uns que pegam por aqui, outros que pegam por ali.

L- O que você entende por transtorno mental?

J- Pessoas que têm problemas de cabeça, que tomam remédio controlado para cabeça, pessoa mais nervosa.

L- Você tem percebido muitos casos assim, nas casas que você vai?

J- Eu tenho uma vizinha, que tem esse problema, né... ela foi internada várias vezes lá em Uberaba no hospital psiquiátrico. Tem também a M. que tem esses problemas mentais. Tem também a M. que tem esses problemas mentais. Tem uma outra que mora aqui, que também tem.

L- Nos pacientes com pressão alta, você já observou se tem algum problema assim?

J- Tem pessoas que a gente vai fazer visita, que às vezes está mais alterado, às vezes conversa mais com a gente, às vezes está mais triste.

L- Nesse tempo que você trabalha aqui, você já viu algum paciente agressivo?

J- Olha, já teve um que era assim. Ele ficou agressivo, só que tem que ele faleceu tem 3 meses em Ribeirão Preto. Esse foi o caso que deu mais trabalho.

L- E aí o que vocês fizeram por ele?

J- Uai, a gente conversava, a doutora olhou ele, depois ficou internado aqui em Conquista também, depois ele foi internado fora, no Hospital Psiquiátrico. Só que tem que quando ele voltou.... ele já voltou calado... de primeiro a gente chegava na casa dele, a gente tinha até a mãe dele. Então a gente ia mais sem o enfermeiro, levava o motorista da ambulância, porque a gente tinha medo dele agredir a gente. Aí depois que ele foi internado ele já veio mais calmo, já quase não conversava gente, aí ele foi mesmo, até ficar mesmo acamado. Aí a gente ia lá... aí ele foi a óbito.

L- E você sabe o que ele tinha?

J- Não descobri.

L- E a causa da morte dele você não sabe também?

J- Não, ele morreu na casa da irmã dele.

L- Quando você vai nas casas e alguém reclama que está com depressão ou outro problema mental, qual é a conduta nesse caso, o que você faz?

J- Uai, se a pessoa não está medicado, a gente dá um jeito de marcar uma consulta, pra médica ver se precisa passar por um psiquiatra.

L- Primeiro, no médico daqui?

J- É, primeiro no médico daqui, chama a enfermeira para ir com a gente, aí passa pro médico, aí a médica que vai ver se vai encaminhar, igual ao que faleceu né, esse que tava muito agressivo, que faleceu, a enfermeira foi com a gente, a gente chamou o motorista da ambulância, mas foi a médica que encaminhou ele pro hospital.

L- Ele foi encaminhado para qual hospital?

J- Para Uberaba.

L- Em Sacramento tem um hospital psiquiátrico?

J- Não. Tinha um em Santa Maria, mas eu acho que fechou, porque essa vizinha que eu tenho... agora ela está melhor, internou várias vezes em Santa Maria, aí ela internou várias vezes em Uberaba, ela tomava muito remédio, até hoje ela toma, mas de primeiro mais ainda. Os filhos puseram os remédios numa caixinha e trancava com cadeado senão ela tomava. Aí eu ia na casa dela quando ela estava mais calma. Aí eu dava os remédios para ela, porque tava tudo marcadinho né... eu mesmo dava os remédios pra ela. Tem vez que ela ficava agressiva, até hoje, as vezes faz cara ruim pra gente... não quer conversar.

L- Ela está em casa?

J- Está em casa.

L- Como que a família dela lida com ela?

J- Porque ela só tem um filho, o marido dela foi morto quando ela estava grávida desse filho. Então não sei, faz muitos anos que ela carrega esse problema. O filho dela tem uns 28 anos. Ele foi embora pra fora, agora voltou e está morando com ela.

L- E quando ela ficava sozinha, quem cuidava dela?

J- Nós, vizinhos. Porque a família era mais difícil aí quando ela ficava ruim a gente chamava, ele vinha e aí internava ela. Até um ano atrás ela tava internada em Uberaba.

L- Você já teve algum treinamento pra lidar com portadores de transtornos mentais?

J- Não. Quando eu trabalhava na Santa Casa, eu trabalhava como copeira.

L- Você percebeu alguma mudança para as famílias com a criação do PSF?

J- Eu acho que teve mudança pra melhor. Porque as agentes sempre que faziam visita, às vezes chega numa casa e a pessoa está estranha, aí passa pra ACS. Aí logo ela passa pra enfermeira, e antigamente não tinha essas coisas de fazer visitas nas casas, então eu acho que isso melhorou muito.

L- Você tem alguma sugestão?

J- Acho que a gente devia ter um treinamento, pra trabalhar com essas pessoas doentes mentais.

ENTREVISTA Nº 2- ACS

Iniciais: M BS

Idade: sexo: feminino

Escolaridade: 1º grau incompleto

Tempo de formada: 11 anos

Cargo: ACS Estado civil: casada

Tempo de trabalho: três anos e seis meses

L- Eu quero saber assim, da sua área, quais são os problemas de saúde que você mais encontra?

M- Hipertenso e diabetes, né? É o que mais tem, né?

L- E que mais assim, com criança., adulto, você mais alguma coisa?

M- Não. Doença nenhuma.

L- Mais é hipertenso e diabético?

M- É

L- Dentro desses, por exemplo, hipertenso, o que é feito para melhorar essa questão dos hipertensos?

M- Com eles?

L- É, tem algum serviço assim, adequado pra eles ou não?

M- Serviço?

L- É, tipo grupo, eles fazem alguma coisa?

M- Não, tem não.

L- O que vocês fazem por eles?

M- Ah, o que a gente faz é...conversar com eles, pra ver se eles fazem um tratamento certinho, faz uma dieta certinha.

L- Você já percebeu se a pressão sobe, se eles tiveram algum problema emocional?

M- Não, às vezes eles mesmo falam, né? Quando ta nervoso, que olha a pressão, a pressão tava alta.

L- Então você percebe isso, que acontece também?

M- É

L- Esse pessoal... porque parece que tem mais hipertenso do que diabético, né?

M- Tem mais hipertenso que diabético

L- Eles tomam remédio controlado?

M- Os hipertensos?

L- É, ou os diabéticos, o pessoal da sua área. Tomam muito remédio controlado?

M- Tem umas duas crianças

L- Remédio controlado?

M- Mas não é hipertenso não. Ele deve ter uns 12 anos.

L- Você sabe para que?

M- Ah, não.

L- Você sabe o que é, por exemplo, igual você falou "é, eu não sei nada de transtorno mental não". Mas tipo, se eu te perguntar o que é transtorno mental, você me responder o que é?

M- Sei.

L- O que você entende por doente mental? O que é? Pode ficar a vontade. O que você entende.

M- Ah, sei lá. Eu não convivo muito assim. Tem um na minha área né? Mas ele não é .. ele é normal assim... ele conversa com a gente normal.

L- Que tipo de problema mental você acha que ele tem? O que ele apresenta?

M- Ah, a fala dele é diferente. Os modos, só que ele é "criancinha" ainda.

L- Ah, tá. E aí, essa pessoa toma remédio controlado ou não?

M- Toma

L- É, você falou que tem duas pessoas, crianças que tomam controlado?

M- Tem

L- Essas pessoas, você pega a receita pra eles, ou eles vem aqui no médico?

M- Então eu pego assim, pra menina eu pego né. Porque o pessoal já tem costume. Mas o menino, ele teve que vir uma vez pra depois pegar. Porque aí já conhece.

L- Aí depois só renova?

M- É

L- Por exemplo, M, quanto tempo tem que você trabalha aqui?

M- Eu?

L- É

M- Tem 1 ano.

L- Você ainda não pegou assim... igual você falou na sua área não tem muito paciente mental, né?

M- Não

L- Então assim... mas você acha... você já viu louco? Você acha que se você visse uma pessoa em crise você saberia como agir?

M- Eu acho que não.

L- Você não sabe o que fazer?

M- Porque ninguém nunca me explicou nada, né? De como a gente deve agir com uma pessoa assim, né?

L- Você nunca teve treinamento sobre esse tema?

M- Não.

L- Tá certo. Você também não sabe identificar, sabe? Quando a pessoa tem problema mental? Você vai na família, conversa com a família. E aí as vezes, você vai pra ver um problema de hipertensão, por ex. Mas aí, você começa a conversar com outras pessoas da família e percebe quando outra pessoa tem problema mental ou você não consegue perceber?

M- Às vezes eu percebo. Igual a essas crianças aí. A primeira vez que eu fui lá, eu já percebi que eles eram meio...diferentes

L- Tá certo. Você assim, depois que começou no PSF, você acha que melhorou para as famílias?

M- Na minha área?

L- É

M- Eu acho.

L- Melhorou o atendimento?

M- Eu acho que a outra que tinha eles reclamavam muito, né? É uma área muito humilde assim, né? Eles necessitam mais de coisas assim. Aí eles reclamavam um pouco, que o atendimento não era tanto, que eu fazia mais por eles.

L- Você tem alguma sugestão, que você gostaria de me falar ou de perguntar em relação ao treinamento, ou sobre esse trabalho que eu estou fazendo. Qualquer coisa. Você tem alguma sugestão? Quer falar alguma coisa?

M- Ver psiquiatria. É uma coisa que a gente não sabe.

L- Tem vontade de saber?

M- Devia saber também né? Ainda mais a gente, que vai na casa das pessoas, assim. A gente chega numa casa e aí a pessoa tá transtornada, aí a gente tem que saber como lidar.

ENTREVISTA Nº 03

Iniciais: H.A F.

Idade: 23 anos sexo: feminino

Escolaridade: 2º grau incompleto

Tempo de formada: 11 anos

Cargo: ACS Estado civil: solteira

Tempo de trabalho: três anos

L.: Quanto tempo você trabalha aqui?

H.: Tem 3 anos, dia 4 de outubro.

L.: Você trabalhou em algum lugar antes daqui?

H.: Já.

L.: E com o que você trabalhou?

H.: Eu trabalhei na lavoura, doméstica, baba.

L.: E de saúde é a primeira vez?

H.: Primeira vez.

Enf.: Nessas casas que você visita, na sua área de abrangência, quais são os tipos de problemas de saúde, que você mais percebe?

H.: Que mais eu percebo?

L.: É que mais chama a sua atenção, das pessoas de sua área.

H.: Hipertensão, né? Porque tem muito hipertenso.

L.: É o campeão até agora.

H.: É muita hipertensão, nessa área, tanto tem diabetes, quanto tem... 50 quase 60 hipertensos.

L.: Que mais?

H.: Ah, tem os “mudinhos” lá também, é isso o que mais tem, lá tem mais nada.

L.: Criança, nada?

H.: Não, criança doente, não tem. Só tem os “mudinhos” lá que é surdo-mudo.

L.: Mas o que, que esses “mudinhos” têm de doença? Além de surdo-mudo?

H.: Só.

L.: Mas eles não têm doença, assim nada não?

H.: Não, de vez em quando eles ficam doentes, mas não tem nada não. É só uma frescurinha, pra chamar atenção.

L.: Mas quando eles ficam doente pra onde manda eles?

H.: Pra Santa Casa

L.: Mas aí, o que é feito por exemplo, com os “mudinhos”? Você leva pra Santa Casa, não tem nada, volta. Fica assim mesmo? Não toma remédio, nada?

H.: Não, aí quando eles tão ruins, leva, cuida, aí a gente dá a medicação. Entrega, o médico olha eles.

L.: Porque, são irmãos?

H.: São irmãos.

L.: Ah, tá. Você falou “uns mudinhos”, então são vários irmãos?

H.: Dois.

L.: Tá. E pros hipertensos, você percebe alguma coisa assim, que agrave a hipertensão deles, ou não?

H.: Assim, normalmente tem dia que eles tão melhor, tem dias que eles tão pior.

L.: Você sabe por quê? O que você acha?

H.: Não, assim. É boa sabe? Mas eles assim, quando a pressão tá alta é porque tem que tirar um pouquinho de sal da comida, porque normalmente eles falam que comem comida sem sal, mas não é. É até exagerado a comida deles.

L.: Fazem exercício?

H.: Não, a maioria não. A maioria é só ficar em casa mesmo. É só arrumar a casa.

L.: O que você acha que poderia ser feito por esse pessoal, pra melhorar esse índice de hipertensão, porque até agora das entrevistas com o pessoal o campeão foi hipertensão. O que você acha que poderia ser feito? Você acha que poderia ser feita alguma coisa? O que a gente poderia fazer?

H.: Ah, eu acho. Eu acho que podia fazer um grupo de hipertensos, conversar, explicar, falar que assim... de fazer exercício, de tudo. tudo. Hoje nós já vamos dar um jeito de fazer exercício com eles, pelo menos uma vez na semana, pelo menos. Porque senão eles não fazem. O pessoal, eles são muito acomodados. Tudo eles querem na mão e na boca. Eles são assim, eles não vão atrás de nada. Se tem que fazer uma caminhada, lá, ali de casa até o PSF, preferem ligar pra gente ir lá. Eles não gostam de andar, não gostam de nada. Só gostam de ficar em casa. Por isso é que num.... só come, num calor desses ainda. Não sai, nem nada.

L.: H., e assim, na sua área de abrangência, você percebe que tem algum transtorno mental? O que você acha que é transtorno mental?

H.: Quando a pessoa tá com problema na cabeça, não fica falando coisa com coisa.

L.: Isso é um tipo, tem vários tipos... e você percebe?

H.: Quando a pessoa fica mais... tem uma depressão? Essas coisas?

L.: Também. Na sua área tem alguém assim?

H.: Tem, tem um. Eu já não quis ela não, porque toda vez que eu passo lá ela não tá em casa. E agora ela já tá mais de idade, engravidou e eu acho que era indesejada, porque ela só fica chorando. Porque ela tá entrando em depressão. Porque ela é cheia de problemas, sabe? Aí ela só fica chorando, ela tá em depressão a gente tem que ir lá toda semana ver ela...

L.: E esses idosos você percebe algum problema assim?

H.: Não, de vez em quando não dá trabalho pra mim não. Eles são todos assim sabe? Conversa muito, brinca com a gente. Não sei se eles gostam de falar deles, né? Eles reclamam mesmo, né? Tem que ir, ficar aqui assim, essas coisas, nervosismo.

L.: Se você se deparasse, Z., com algum problema de doente mental mesmo tá? De crise, igual a mulher que você vai ter que ir na casa dela ou outro caso qualquer. O que você faria? O que você pretende fazer com ela ou outra pessoa que você fosse na casa de uma pessoa e ela tivesse uma crise. Sei lá de violência, alguma coisa. Qual seu comportamento? O que você faria?

H.: Se eu entrasse numa casa?

L.: É numa visita?

H.: Se a pessoa entrasse numa crise?

L.: Sim.

H.: Ah, eu não sei. Primeiro eu acho que eu ficaria calma né? Porque não adianta ficar agitado e tudo, né?

L.: Você já viu algum caso aqui?

H.: Não.

L.: Então, por exemplo, você não sabe o que fazer caso tivesse acontecido alguma coisa, como você nunca viu, você não saberia o que fazer?

H.: Não.

L.: Você não sabe o que é feito aqui na cidade com as pessoas que tem problema mental, não?

H.: Não, não, não sei.

L- Depois que implantou o PSF melhorou para as famílias? O que é que você acha?

H.: Eu acho que mudou muito pras famílias.

L.: É? Porque?

H.: Porque de primeiro a família ficava 4 horas, 2 horas da manhã, nunca vi, eu mesma fiquei na fila esperando pra guardar lugar, vaga pra médico. Agora não precisa mais disso. Agora a gente passa de casa em casa, vê as necessidades, olha a casa, olha tudo. É quando que nem, tem gente que não tem condições, não tem roupa, não tem nada. A gente

consegue. Quando a gente consegue a gente leva na casa, ajuda muito as pessoas. Quando não pode leva medicação na casa da pessoa. Quando não dá conta de andar, essas coisas assim, que o remédio é muito caro, a gente vai atrás, lá na assistente social. Consegue, marca médico, marca dentista. A gente faz de tudo sabe?

L.: H. esse pessoal que você vai na casa deles, tem muita gente que toma remédio controlado?

H.: Tem, muita gente. E a maioria toma calmante, essas coisas assim.

L.: E aí como você faz pra conseguir a receita?

H.: Então, é a diferença do PSF, né, a receita.

L.: E aí compra medicamento?

H.: Compra. Quando eles têm condições de comprar, então tira xerox da receita, apreça o remédio e o que não pode comprar passa para a assistente social.

L.: É... esse negócio que você falou que a maior parte é calmante é mais provisório, o calmante?

H.: Não.

L.: Quem usa esses medicamentos?

H.: Assim, é pra quem já toma, mais assim pra quem toma o Rivotril, Diazepan, Bromazepan.

L.: Pra quê toma isso?

H.: Porque tem gente que não dorme... tudo, fica o dia inteiro acordado, chega de noite e perde o sono. E depois no outro dia fica cansado, com dor de cabeça, tudo. Aí eles vão no médico, aí no médico passa calmante pra eles tomarem.

L.: Tem alguma coisa, tem alguma sugestão? Você teve algum treinamento depois que você passou a ser agente comunitária ou não?

H.: Já, já tive. Já tive de saúde bucal. Já tive num congresso em Uberaba, sobre o agente comunitário, foram dois dias. Já teve da Pastoral da Criança. Já tive três ou quatro. Já teve aqui no barracão (como chama aquele negócio lá)... Ah, esqueci, não sei o que é mais não.

L.: E dentre esses aí que você fez, você fez algum de doença mental?

H.: Não, não. De doença mental não.

L.: Tem alguma sugestão que você gostaria de dar assim, com relação a isso?

H.: Ah, assim... a gente podia aperfeiçoar mais assim. Aprender, quanto mais a gente aprende melhor. Porque um curso, dar um curso pra gente, entendeu? Pra gente aprender mais, o que fazer nessas casos, o que faz na casa se acontecer? Eu não sei entende? Porque um curso pra ensinar a gente assim mesmo, tudo o que tem que fazer, não teve. Ainda não teve. Eu acho que quanto mais melhor, né? A gente souber e tudo pra gente aprender. Enquanto tá passando pra ver, né? Enquanto não passar, não sabe o que fazer, né. A gente aprende. Pra fazer a gente faz.

ENTREVISTA Nº 4

Iniciais: R H.B.

Idade: 23 sexo: masculino

Escolaridade: 2º grau incompleto

Cargo: ACS Estado civil: solteiro

Tempo de trabalho: 01 ano e 03 meses

L.: Onde já trabalhou?

R.: Na Prefeitura, 3 anos.

L.: Aqui no PSF tem 1 ano?

R.: 1 ano e 3 meses.

L.: O que você fazia antes da prefeitura?

R.: Auxiliar de consultório

L.: Você está começando agora, mas assim, esse tempo todo que você já trabalhou de auxiliar de consultório, o que você percebe. Quais tipos de doença, você mais percebe?

R.: Eu acho que tem muita gente com depressão. Mais de idade, muita mulher. Tem alguns problemas mentais mais que a gente tratou normal. Só que teve um caso que foi complicado.

L.: O que você entende por transtorno mental? O que você acha que é?

R.: Eu acho que doença, doença assim...alguém que nasceu não tão bem quanto as outras pessoas. Doença é uma coisa muito ruim, né? Eu tenho um parente que ele é ótimo, tirando as crises que ele dá de vez em quando, quando ele tá fora da medicação. Porque quando ele toma medicação ele é normal.

L.: Que tipo que são as crises dele?

R.: Ele dá, aquelas que treme e perde os sentidos sabe?

L.: Epilepsia?

R.: É, eu acho que é.

L.: Epilepsia é aquele que dá tremor, é isso?

R.: É ele cai desmaiado e perde assim, mas depois ele volta.

L.: Mas tá tomando remédio controlado?

R.: Tudo controladinho.

L.: Por exemplo, você estava falando e eu ia perguntar mesmo. Já aconteceu então de vocês terem que atender pacientes psiquiátricos, pacientes com problema mental, no dentista né? Aí o que vocês fazem?

R.: Ah, só uma que nós atendemos lá embaixo, aí mesmo com calmante ela não conseguiu ficar calma. Aí a mãe dela foi conversando, a gente foi...porque ela gosta muito de caneta. A gente ficou com dó dela com a caneta, com a caneta.

L.: É criança?

R.: Não, ela tem uns 28 anos. Só que ela parece criança. Mas mesmo assim, eu e o dentista pra segurar e o outro que atendeu. Eu tive que segurar, a mãe dela teve que segurar, porque ela tava com o dente grande, e inchado, né? Aí teve que tirar o dentinho dela.

L.: Você já viu algum caso, igual você falou do seu tio, mas assim, aqui ou onde você já trabalhou, você lembra de chegar algum caso de pessoa agitada, com algum problema assim ou não?

R.: Não.

L.: Se você chegar assim, por exemplo igual aquela menina que a gente viu hoje, ela tava tranquila até. Se você chegasse na casa dela e ela tivesse uma crise, você saberia o que fazer?

R.: Eu acho que é conversar mesmo, não demonstrar pânico, nem medo, nem sair correndo, até pela família, né? Que está em volta e não sabe o que faz, né?

L.: Você sabe identificar...você vai pra visitar uma senhora com hipertensão, inevitavelmente você acaba vendo a família inteira, né? Você acha que você saberia identificar uma pessoa com problema mental?

R.: Ah, eu acho que depressão é um tipo, né? Quando ele tá triste. Normalmente, tem que ter muita gente. A gente conversa, conversa, ela acaba contando. E aqui, por mais que você

fale “vai passar rapidinho”, não passa rapidinho. Você tenta, tenta. E conversa pra pessoa contar tudo o que ela tem. “Ai meu parente tá assim, meu parente tá assim”. Acaba que você fica sabendo...de criança que tem problema, todo mundo.

L.: Você acha que melhorou para as famílias depois que foi implantado o PSF?

R.: Eu acho que melhorou muito. Porque a gente quase não tinha médico. Daí o paciente te dormia no posto, na porta do posto pra poder pegar uma ficha. Agora não, né? É mais fácil, consegue mais medicamento que antes não conseguia. O dentista também era muito difícil, e hoje tem muita vontade. Aí o pessoal corre atrás e corre, e fala que não tá atendendo e a gente fala que tá. E tenta, e sempre que alguém reclamar, escuta e vai atrás. O pessoal aqui é bem exigente.

L.: Quanto tempo faz que é formado o PSF aqui?

R.: Ah, uns 4 anos. Porque já tinha um posto antes, só que não era PSF, mas não custa nada. De vez em quando, passava na casa de gente uma vez por ano, só. Não passava sempre, fazia o cadastro e nunca mais voltava. Como a gente precisava, nunca achou atendimento. E agora que eles voltaram, colocaram tudo certinho. No começo pois lá em cima, e aqui, a gente aqui embaixo. Daí que todo mundo tem acesso.

L.: Você tem alguma sugestão?

R- Eu gostaria. Eu gostaria que a gente tivesse um treinamento pra quando a gente visse que tem alguém com algum problema, mesmo que fosse nervoso...pra gente saber lidar, porque as vezes conversando a pessoa até...mas não sei se agride a gente. Como outro dia uma senhora que a gente tava conversando, ela ficou nervosa, saiu xingando e jogou as coisas em mim, Quer dizer ela não pensa nada, né, mas ela descontrolou, né?

ENTREVISTA N.º 05

Iniciais: APC

Idade: 23 sexo: feminino

Escolaridade: 3º grau incompleto

Cargo: recepcionista Estado civil: solteira

Tempo de trabalho: 04 anos

L- Porque é importante fazer com você? Porque você é a porta de entrada.

Quando você faz as fichas as pessoas te falam o que elas tem?

A- Não. Normalmente as pessoas vem como o acompanhante e a gente percebe que a pessoa tem um tipo de problema.

L-E como você tria? Assim, vai pro médico, para o enfermeiro etc...?

A- Geralmente eles chegam em mim, e falam que veio para o dentista, ou está com consulta marcada. Geralmente vem com acompanhante dependendo do estado da pessoa,

L- Nas fichas que preenche tem algum lugar que tem diagnóstico?

A- Tem só no prontuário. Que passa pela enfermeira e pro médico.

L- Das pessoas que te procuram na recepção você percebe se algumas tem transtorno mental?

A- Percebo.

L- O que seria o transtorno mental?

A- Transtorno mental é assim... algumas já nascem né com esse tipo de problema que eu posso perceber. E algumas já começam com depressão e aí começam aquele transtorno,

passam mal, geralmente alguém chega passando mal com depressão. 'É mais ou menos isso que eu entendo.

L-E você tem observado muitos casos aqui na sua área?

A- Tem, não são muitos, mas às vezes aparecem né

L- E, quando chega, não sei se á chegou algum caso de paciente com transtorno mental, qual é sua conduta?

A- Então, geralmente, assim, chegam alguns...; já chegou caso de um paciente que diz que tava passando mal demais, aí eu peguei ... até não sabia do problema dele, agora eu estou mais por dentro eu chamei a ambulância pra levar ele na Santa Casa, mas nesse intervalo de tempo ele foi embora porque tava desorientado

L- Você teve algum preparo para lidar com esse tipo de paciente? Por exemplo um paciente mais agressivo? Nunca chegou caso de paciente agressivo?

A- Não. Já chegou pessoa mais nervosa, mas a gente tenta controlar isso, e fazer com que eles entendam....

L- Alguma vez alguém propôs esse tipo de treinamento pra vocês?

A- Não, comigo não. Não sei se é porque eu como estou na recepção, nunca tive esse tipo de treinamento não.

L- Você, na recepção, você acha que é importante isso pra você?

A- é importante, porque a gente não sabe das atitudes das pessoas que chegam né, então nesse caso é importante a gente ter tipo assim, experiência... porque a gente tá arriscado...

L- Como você não faz visita, não se você saberia me responder essa pergunta. Mas você percebeu alguma melhora para as famílias de portadores de t mental depois que implantou o PSF?

A- é eu percebi assim...depois que implantou o PSF as meninas passam casos para o médico e a enfermeira, e eles tentam resolver de alguma forma, sempre comunicando à família também, no caso, assistente social, já aconteceu de uma vez a enfermeira tava por dentro de uma pessoa quietinha esse tipo de problema e que ficou acamado. E a família num queria saber e ela ia fazer curativo todo dia que começou a dar feridas né, e ela passou para a assistente social para tentar resolver.

L- Você tem alguma sugestão.

A- é, eu acho que deveria ter mais treinamento sobre isso, porque como eu , as agentes, enfermeira e toda a equipe está sujeita né...assim, a saber mais, a ter mais conhecimento porque as agentes entram nas casas e as pessoas vem até a unidade do posto, então eu acho que as pessoas tem que saber mais sobre isso. O que que acontece, porque as pessoas tem transtorno né, é sempre bom estar por dentro do assunto. Acho que tinha que ter mais treinamento sobre isso.

L- Tem muita procura por pedido receita de remédio controlado?

A- Tem muito. Então acho que a gente tem que averiguar isso, porque que acontece. Porque tem muito pedido de receita de remédio controlado.

L- E quando é assim, qual é conduta? Você passa para o médico e ele faz ou a pessoa vem consultar?

A- Não, geralmente quando a pessoa vem consultar pela primeira vez, aí passa em consulta e o médico e se tiver necessidade passa, quando a pessoa já está em tratamento há muito tempo, aí geralmente eu só pego a receita que a pessoa está acostumada a tomar .

L- Quer falar mais alguma coisa?

A- Não

ENTREVISTA Nº 06

Iniciais: F.R.R.

Idade- 37 anos

Escolaridade- 3º grau

Cargo: enfermeira

Tempo de trabalho: 02 ano

L- Quais são os tipos de problemas de saúde que você mais percebe na sua área?

F- Aqui o que a gente tem mais L, o que o pessoal procura mais é problema de hipertensão arterial, diabetes, a gente tem muito caso e depressão. É e aquele fato corriqueiro, né? Que o pessoal vem é verminose, essas coisas mesmo, do dia a dia.

Os mais procurados, é hipertenso, diabético e tem muito caso de depressão. Aqui o índice de receita azul é grande, some bloquinho direto. O pessoal toma muito medicamento controlado.

L- Interessante, que eu perguntava isso para meninas se percebiam problemas de transtorno mental: "não, não, até que não". Aí eu pergunto: tem muito pedido de receita controlada? "Tem".

F- Não, eles não fazem ligação com doente...

L- E aí R, você falou que tem muita depressão e tal, você percebe mais algum tipo de doença, assim de transtorno mental que você já viu, dentro das casas assim?

F- Não. A gente tem alguns casos, só que a gente não acompanha, né L..., justamente por isso, a gente não tem essa formação. As vezes a gente orienta, mas a maioria dos casos que a gente vê, eles encaminham pro Sanatório. Não tenta fazer um trabalho com a família, né? Pra ver se o paciente não tem uma melhora dentro de casa mesmo, né? A maioria vai para o Sanatório, e volta muito pior.

L- E problema de alcoolismo?

F- Alcoolismo tem alguns casos que agente acompanha. Eu não acompanho alcoolismo muito não. Eu te falar a verdade, aqui nessa nossa área, igual eu te falei, eu fico muito presa aqui no posto e agente as vezes, não tem muito tempo de fazer as visitas, né?

Mas alguns casos eu acompanho, mas não são muitos não, porque eu não... eu ainda não sei, porque aqui na minha área tem bastante caso.

L- Então, você toma conhecimento desses casos, R, através dos agentes comunitários ou você vai nas casas das pessoas?

F- Então, por enquanto, só pelas agentes. Tem uns seis, sete casos que eu acompanho eles, já fui na casa, já vi como que tá a situação. Mas a maioria dos alcoolatras, vivem em situação de miséria, mesmo sabe? Então acho que já...já leva mais pro alcoolismo mesmo,

L- Você teve algum preparo pra identificar, encaminhar, lidar com caso de transtorno mental, depois da faculdade?

F- Não, nada, nada.

L- Só na faculdade?

F-É, e foi muito...''e eu achei muito pequeno

L- Você fez algum curso, treinamento em saúde mental depois que você se formou?

F- Não, L. Eu já fui numa reunião uma vez, mas já faz tempo. Foi até lá em Uberaba...como chama aquele...tipo de encontro de saúde que teve em Uberaba, pra discutir os problemas. Mas já faz tanto tempo. Ah, e teve uma oficina de saúde mental, foi até a S. Mas já faz muito tempo isso. Foi muito superficial.

L- E, por exemplo, se aparece algum caso pra você de depressão grave, de suicídio ou esquizofrenia é,,chega aqui no posto e te comunicam, qual é a sua conduta?

F- Aí L, aqui normalmente a gente comunica pra assistente social, né?

Pra gente procurar tá internando o paciente, Ou leva o médico pra fazer alguma consulta. Mas normalmente encaminha pra assistente social. A assistente social vai com a gente pra poder fazer a internação. Ou lá no Santa Maria, ou lá no Sanatório. Mas normalmente vai pro Sanatório.

L- Você sabe se melhorou para as famílias, após implantação do PSF? Porque as vezes, a dificuldade da família do paciente ficar em casa, é a família saber lidar com isso.

F- Eu acho que não deve ter tido melhora não, L, porque não tem outro trabalho direcionado, né pro doente mental. Não, nós não somos preparados, né? Pra tá orientado, pra tá ajudando eu acho que não tem nenhum trabalho direcionado.

L- Quais as dificuldades você teria para orientar a família? Vamos supor de um paciente esquizofrênico, que saiu do sanatório e a família dele quer que interne novamente. Não tem necessidade de internar, ele pode ficar em casa fazendo tratamento. A família na maioria das vezes interna porque não sabe lidar com isso, aí você teria dificuldade para orientar a família, como lidar com ele?

F- Ah, eu tenho dificuldade, sim. O que agente...o que já aconteceu... de eu tá orientando pra fazer medicação, né? Normalmente com o paciente. Às vezes, eu oriento pra tá conversando é...com a psicóloga, pra ver se ela pode tá dando alguma ajuda. E é o que a gente faz, porque no mais, não tem preparo não.

L-E assim, R., sugestões. Você tem alguma sugestão, pro treinamento. Tem alguma sugestão?

F- Ah, acho que é importante o treinamento quer você vai dar pra gente, porque ninguém aqui está realmente preparado. Acho que nem os médicos.. não tem essa preparação na formação, né? E depois, não adianta ter esse preparo e não ter resultado pra tá trabalhando com eles. Porque muitas vezes a gente tem...acontece da gente programar numa boa, tipo hipertensão. Vou fazer um trabalho com hipertenso, aí você vai, aí começa a falar medicação, para o tratamento lá do paciente, acaba a medicação, acaba o trabalho, precisa ter continuidade. Também em relação a família, éticas, crises, como abordar as famílias, essas coisas.

ENTREVISTA Nº 07

Iniciais: N.S .R.

Idade - 23 anos

Escolaridade - 3º grau

Tempo de formada: 2 anos

Cargo: enfermeira

Tempo de trabalho: 01 anos

L- Quais são os tipos de doença que você mais percebe em sua área?

N- Doenças respiratórias...

L- O que as agentes comunitárias trazem pra você de doenças?

N- Úlcera venosa, Nossa! Tem muita úlcera venosa, não sei o que é isso. E tem hipertenso e diabético demais também.

L- O que mais tem, hipertenso ou diabético?

N- Hipertenso, gestante também tem muitas... mas gestação não é doença, né?

L- O que você tem feito pelos hipertensos?

N- Primeiro, o grupo eu ainda não montei muito bem não, mas pelo menos aos acamados, a gente visita pelo menos uma vez, eu peço para as meninas passarem na casa, para ir no PSF e fazer o acompanhamento do hiperdia, por enquanto, é isso. Tentei fazer o grupo, mas... tentei fazer caminhada também.

L- E não fez por que?

N- Porque... não sei, não deu tempo ainda.

L- E você percebe, ou percebeu casos de transtorno mental na sua população?

N- Já. Mas é que a gente confunde um pouco, porque as meninas não entendem muito bem. Elas não sabem falar o que é transtorno mental ou que é problema neurológico. Então assim... como essa casa que a gente passou ali (*na visita*) tem um “doidinho” lá, porque ele fica gritando no meio da rua. Os doentes mentais não são atendidos aqui, não. Eles vão para Sacramento porque lá tem CAPS, a gente não tem como atender eles aqui.

L- Mas vocês freqüentam a casa deles ou não?

N- As meninas freqüentam. Agora, acho que eu fui pouco. Fui numa área da T. que estava mal, mas é... eu acho que ela é paciente psiquiátrica, porque ela tá tomando Haldol. Também não sei se é problema neurológico ou psicológico, porque eles mesmos não sabem falar pra gente o que eles tem.

L- Que tipo de preparo você teve para lidar com pacientes com transtornos psiquiátricos?

N- Eu não tenho muito em contato assim, é mais as meninas que tem. O que eu ando atendendo aqui mais é hipertenso e diabético, gestante e as crianças de puericultura. Agora, vou falar a verdade. PSF não dá muita atenção pra paciente psiquiátrico. Acho que realmente tinha que ter um treinamento melhor. Eu sei um pouco, mas se eu pegar um paciente eu não sei falar: “ele tem isso”.

L- Que tipo de preparo você teve?

N- Só o preparo da faculdade. Só o que a gente viu em psiquiatria.

L- Não fez nenhum curso, treinamento?

N- A gente fez aquele seminário do DAGV (*Diretório Acadêmico Gaspar Viana, da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro*).

L- Quantas horas?

N- Não sei, três noites.

L- Se você tiver um paciente em crise, ou fora de crise em casa, o que você faria?

N- Se aparecer um paciente em crise para mim...

L- O que você faria?

N- Ah, acho que eu ia chamar a ambulância para poder...sei lá! Mandava para Santa Casa para fazer encaminhamento, pra ir pro CAPS, ou para o Sanatório. Não sei.

L- Quais são as suas dificuldades para lidar com isso?

N- Eu não sei muito bem diferenciar. Eu não sei falar... “isso é uma doença psiquiátrica”, porque eu não entendo muito bem. Eu já te falei, eu não sei a diferença entre paciente psiquiátrico e um transtorno de comportamento. Outra coisa, eu acho que não saberia lidar com um caso de crise igual você está falando. Eu mandaria pra Santa Casa, acho que você não teria outra saída. Aqui nem tem medicação pra isso. Não tem Haldol, não tem nada. Eu acho que é isso, identificar a conduta.

L- Você tem alguma sugestão?

N- Acho que o certo seria realmente fazer um treinamento, que nem a gente foi numa reunião lá... porque a gente foi na reunião em Uberaba da DADS (*Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde*) que falava disso, que eles falaram lá, que ia fazer um treinamento com a gente, que ia fazer uma reunião, acabou que não teve nada. Acho que tinha que juntar os PSFs, todos da DADS e fazer um treinamento para fazer mais sentido, pra gente saber lidar mesmo. Porque igual você colocou, se a pessoa está em crise, eu acho

certo pegar essa pessoa e encaminhar pra Sacramento que é onde tem CAPS. Mas assim, eu sei que muito “doidinho” taí.

ENTREVISTA N° 08

Iniciais: P.S. L.

Idade- 26 anos

Escolaridade- 2º grau

Cargo: ACS

Tempo de trabalho: 03 anos e 6 meses

L- Quais os tipos de doenças que você mais percebe em sua área?

P- Na área que eu trabalho tem mais hipertensão, diabetes, anemia, infecção, essas coisas

L- Entres essas, o que você acha que tem mais?

P- No meu bairro, é hipertenso.

L- Está sendo ou foi feito algum trabalho pra diminuir o número de hipertensão?

P- Uma vez a enfermeira começou a fazer um trabalho, mas....

L- Porque você acha que não deu certo?

P- Parou.

L- E o que é feito por esse pessoal hoje?

P- Na verdade, a gente orienta e medicação.

L- E você percebe, que quando eles estão mais tristes, com problemas, tem alteração na pressão?

P- Aumenta muito a pressão, eu sei porque na minha família tem e se ela ficar nervosa...

L- O que você entende por transtorno mental ?

P- Ah, eu não sei.

L- Vou te dar uma explicação rápida. Por ex: mania, loucura, alcoolismo...enfim, tem outras formas de transtornos. Nessas áreas que você trabalha tem casos de transtornos mentais?

P- Tem poucos.

L- E como é seu relacionamento com eles, o que você faz por eles?

P- Na verdade, não faço nada. Converso com a família.

L- Se você tiver visitando uma família, e alguma pessoa tiver uma crise o que você faria?

P- Saía correndo...(risos), não, eu não sei o que eu faria, sabe? Nunca aconteceu isso comigo, não. Procurar manter a calma...

L- O que é feito com o pessoal daqui que tem transtorno mental?

P- No geral da cidade?

L- Sim.

P- Ah, o que sei é tratamento, né? Tratamento. Antigamente o que tinha aqui era o centro de Santa Maria, igual o Sanatório. Mas também fechou, né? Geralmente a gente leva para fora.

ENTREVISTA N° 09

Iniciais: V T T.

Idade: 47 anos sexo: feminino

Escolaridade: 2º grau

Cargo: aux. de enfermagem Estado civil: casada

Tempo de trabalho: 04 anos

L- Você faz visitas?

V- Só faço assim, quando tem acamado né, precisa de fazer curativo. Mas quem faz visitas é a X (enfermeira).

L- Quais são os problemas de saúde mais freqüentes na sua área?

V- Úlceras de pele, depressão, tem muita depressão. O que mais tem é doença de câncer, problema renal, não sei se pela água, ou tratamento da água, inclusive até eu chamei o Dr. S e conversei muito com ele sobre isso. Lavam vasilhas de veneno dentro do rio.

L- E é água que vocês bebem?

V- É, apesar de passar por todo o processo de ser tratada, mas eu acho que o veneno tira, né? Então o que tem mais é depressão, problema de gripe, eles tomam remédio, melhora quando é amanhã eles tão aqui de novo. Então eu acho que o que tem mais é câncer, problema renal e depressão.

L- E você percebe se muitas pessoas tomam remédio controlado?

V- Muitos. O povo gosta de um receituário azul.

L- O que você entende por transtornos mentais?

V- Eu acho muito difícil falar...para falar a verdade transtorno mental não sei te falar o que é.

L- Por exemplo, depressão é um tipo de transtorno mental, você já detectou algum outro tipo?

V- Alcool, cigarro, porque hoje menino de onze anos já tá fumando.

L- Aqui nunca chegou um paciente em crise?

V- Não.

L- Se chegasse, você saberia como agir?

V- Encaminharia, porque aparecesse, né, aí a gente encaminha para Uberaba, ou para o Santa Maria. Hoje eu acho que nem interna mais no Santa Maria.

L- Que tipo de preparo você teve para lidar com esse tipo de paciente?

V- Você fala no PSF?

L- Não, não necessariamente; cursos, auxiliar de enfermagem, etc...

V- A gente teve aula no auxiliar de enfermagem, mas foi uma aula tão corrida.

L- Agora, eu ainda não tive aula(no técnico de enfermagem). Foi muito corrido, porque eu fiz o PROFAE, e era poucas horas, o tempo era muito curto então não dava tempo.

L- Depois que montou o PSF você acha que melhorou para essas famílias?

ENTREVISTA N° 10

Iniciais: CBC

Idade: 38 anos

Escolaridade: 3º grau - estado civil: casada

Cargo: ACS

Tempo de trabalho: 03 anos

L- Nessa área que você vai quais os tipos de problemas de saúde que você mais percebe?

C- Ah, é hipertenso, e diabético, né? São os que mais tem aqui

L- O que mais? Que outras coisas mais?

C- Não

L- De criança, de idoso?

C- Não, mais ou menos... é isso aí mesmo.

L- E o que tem mais, diabético ou hipertenso/

C- Hipertenso.

L- Você percebe assim uma oscilação nos hipertensos ou não?

C- O que é isso?

L- Assim...muita mudança. Assim, muda muito a pressão deles, tá sempre alta, diminui, ou mantém mais ou menos a mesma coisa?

C- É com remédio, quando a gente vai para olhar, aí mantém a mesma coisa com o medicamento, mas se não tomar...

L- Você acha que quando eles estão mais nervosos, quando acontece alguma coisa, altera a pressão? Ou você não percebe isso?

C- Percebo.

L- O que você acha que é transtorno mental?

C- Transtorno mental? Ah, eu acho que a pessoa pode ficar com T. M., né? Não nasce com ele, fica... talvez até uma situação da vida, né? Eu acho assim que pode vir de um trauma... aí a pessoa pode ficar com transtorno.

L- Na sua área de abrangência, que você vai, você já percebeu alguma vez pessoa com problema de transtorno mental, ou não?

C- Não, não percebi não. Tens uns que nasceram, mas que tem problemas mentais, mas não percebi não.

L- Pois, é, mas igual você falou que nasceu assim, essa pessoa é de sua área?

C- É

L- Faz tratamento?

C- É, toma medicamentos, né? Não pode ficar sem de jeito nenhum, senão pode levar a um AVC, então não pode ficar sem de jeito nenhum. São três ou quatro. Uma família de seis ou sete filhos. Acho que 04 tem problemas.

L- E quando fica sem medicamento, o que acontece? Você já viu?

C- Não, nunca cheguei a ver não. Uai, eles não conversam direito, não saem na rua, mas ficam dentro de casa agressivos.

L- O que eles tomam?

C- Ah, tomam Diazepam, Gardenal. Não são todos que tomam os mesmos medicamentos.

L- E esse pessoal, faz algum acompanhamento, sempre fazem a consulta ou vocês vão e levam o medicamento?

C- Não fazem medicamento, não. Só medicamento mesmo.

L- Quem cuida deles?

C- Mãe e pai. Tem dois irmãos, três irmãos que não tem problema, ajudam a mãe a cuidar

L- Você saberia falar o que eles tem?

C- Não.

L- Se você chegar na casa desse pessoal um dia, e tiver algum agressivo, com problema, agredindo o pai ou a mãe você saberia o que fazer?

C- Eu acho que sairia pra pedir ajuda, né? Porque assim, sozinha eu não saberia como agir, ou perguntaria. Acho que eu perguntaria, o que eu poderia fazer. No momento assim, acho que eu estaria bem desorientada.

L- Não teve muito contato também, né?

C- Tem dia que vou lá, faço a visita, eles brincam comigo, perguntam se eu tô bem. As vezes mostram o brinquedinho deles. Tem outro também que nasceu...os outros falam né... que a mãe faz de tudo pra... porque ela não queria o neném, né? Então, tudo o que falavam que ela podia tomar e fazer, ela tomava e fazia. Hoje ele tem 19 anos. Fica na cama com a avó, a avó já tá de idade. Então ele não fala, não anda. Então, tem que pegar ele pra dar banho.

L- Cadê a mãe?

C- Foi pra Alemanha. Quando ela vem, ela nem vai ver ele. Ela fala: “ Não, não vou lá ver aquele trem, não”. As vezes eu vou, fico com ele, ele ri pra mim, fala que vai correr de mim, assim pelo que dá pra gente entender, esfrega as perninhas, ele fica na maior alegria

L- Você acha que depois que foi implantado o PSF, facilitou para as famílias? O que você acha? Acha que melhorou para o pessoal?

C- Eu acho assim, que nesta área, de problemas iguais esses, assim, na minha opinião não mudou muito, não. Mas tem tudo que precisa pegar, aumentou, porque tem isso aqui, tem como pegar, né? Mas assim, nessa área de tratamento, alguma coisa assim, acho que não...assim, pra hipertenso e diabético até que sim, mas pra essa área, de pessoa assim, não.

L- Na sua área de hipertenso e diabético, tem muita gente que toma remédio controlado?

C- Na minha área, não.

L- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

C- Não

L- Você teve algum preparo, algum treinamento?

C-É, nós fizemos, né o tratamento de Agentes Comunitários, um bom tempo atrás.

L- Mas na área de saúde mental teve?

C- Não

L- Tem alguma coisa que você gostaria de sugerir?

C- Não

L- Em relação ao treinamento alguma outra coisa?

C- Não, acho que vai ser bom, pra gente.

ENTREVISTA N° 11

Iniciais: A C. O

Idade: 30 anos

Escolaridade: 3º grau incompleto - estado civil: divorciada

Cargo: ACS - Tempo de trabalho: 03 anos

Tempo de trabalho: 01 ano

L- Quanto tempo você trabalha aqui?

A: tem 01 ano

L- Você fez algum curso?

A- Não, nenhum.

L- Antes de trabalhar aqui, você trabalhou em outro lugar?

A- Ixi...tanto lugar!

L- O que você fazia?

A- Ah, trabalhei de telefonista...um monte de coisa.

L- Mas na área da saúde, não?

A- Já trabalhei em farmácia, auxiliar de farmacêutico

L- Quais são os problemas de saúde mais comumente encontrados na sua área?

A- Na minha área o que mais tem é hipertensão arterial, diabetes, eu acho que é só. Em primeiro lugar, são esses, mas depois...mas é isso mesmo. Hipertensão arterial é mais ainda.

L- Em relação aos hipertensos, você percebe se eles tomam remédio controlado, alguma coisa assim? Você sabe?

A- Não. Se eles tomam remédio certinho?

L- É se eles tomam remédio certinho...calmante etc...o que você percebe?

A- Não, porque na minha área, são poucos que tomam remédio calmante. E também tem depressão

L- Você já detectou um problema mental. Porque depressão é um transtorno mental. Você percebe mais algum outro tipo de transtorno mental? O que você acha que é transtorno mental?

A- Sei lá. Acho que é uma pessoa perturbada. Por ter ficado com alguma coisa, cheia de mania, tem também. Na minha área tem muito.

L- Tem?

A- Tem. Pessoa cheia de mania, que é difícil até de conversar, não aceita opinião, tem que ter aquele “tipinho” deles mesmo.

L- Então os problemas que você mais percebe assim, que você acha de transtorno mental, é isso? É depressão, pessoas com mania. Mais alguma coisa?

A- Não, é mais isso mesmo.

L- Com esses pacientes deprimidos, o que você faz com eles?

A- Eu não tenho assim, muita...como é que fala...eu não tenho um treinamento para lidar com eles. Eu procuro conversar só. |Ouço, fico mais ouvindo. Porque sei lá. Às vezes a gente fala alguma coisa, pode até atrapalhar. Então eu só ouço, dou um conselhinho, mas não posso fazer grande coisa não.

L- E você não teve preparo nenhum pra lidar com doença mental?

A- Não tive não.

L- Você acha que depois do PSF, melhorou alguma coisa para as famílias?

A- Eu acho que sim, pelo menos o que eles falam pra mim, eles acham bom. Principalmente pessoas idosas. E essas pessoas com depressão. De vez em quando, as pessoas deprimidas, eu procuro ir mais vezes, porque parece que a pessoa precisa mais de alguém pra conversar.

L- Como você percebe, por exemplo, nessas casas com pessoas deprimidas, são pessoas mais idosas ou não?

A- Não. É com pessoas mais jovens mesmo

L- E a família deles como que agem com isso? Você percebe se eles ficam perdidos? Como você vê essas famílias?

A- Tem uns que tem até paciência. Agora uns que falam que é frescura, que é falta de serviço. E aí piora para a pessoa, né? Tem uma lá na Usina que não aceita falar que ela é deprimida, mas ela é. Ela não tem nada, já fez tudo quanto é tipo de exame nela. Aquilo é da cabeça dela mesmo, mas ela fala que não tem depressão.

L- E quais são as dificuldades da família em lidar com isso?

A- Ah, pessoas ignorantes que não procuram saber. Também parece que não tem força de vontade de ajudar as pessoas. O que eu tenho desses casos de deprimidos, é só uma família que trata bem a pessoa, que compreende. Outras já levam na ignorância mesmo.

L- Você quer falar mais alguma coisa? Você acha que esse treinamento, esse trabalho que estou fazendo, vai ser bom?

A- Vai ser ótimo.

L- Quer sugerir algum tema, que você gostaria de saber? Tem alguma sugestão?

A- Não. De hipertensão, a gente sabe como lidar, com diabéticos a gente sabe. Agora, com depressão, essas coisas mentais a gente não sabe.

ENTREVISTA Nº 12

Iniciais: D.P.S.

Idade: 27 anos sexo: masculino

Escolaridade: 3º grau incompleto - estado civil: solteiro

Cargo: ACS

Tempo de trabalho: 03 anos

L- Quais os problemas de saúde que você mais comumente encontra na sua área de trabalho?

D- Olha, geralmente eu encontro muito assim, diabéticos, né, na maioria. Hipertensos, mas assim, na maioria da minha área são hipertensos. Eu encontro dentro da área mesmo, epiléticos, pessoas que tem hanseníase. Mas, mais são diabéticos e hipertensos.

L- Tem hanseníase, então?

D- Tem, mas assim, pessoas que tiveram, mas tiveram o tratamento e já encerraram.

L- Temais hipertensos do que diabéticos?

D- Sim

L- Nesse pessoal, nos hipertensos e diabéticos, no pessoal que visita, tem muita gente que toma remédio controlado? Receita azul?

D- Tem. Tem muitas pessoas que precisam.

L- Você sabe que tipo de medicamento é

D- Olha, tem uns que tomam Haldol, né, que é receita azul. Eu encontro muitas pessoas que tomam Diazepan.

L- E aí que tipo de conduta vocês tem? Vocês pegam receitas pra eles, eles vem aqui? Como é que é?

D- Não, olha... aqui no começo do PSF, antigamente como a pessoa já tava acostumada a pegar o remédio, a médica já dava a receita, através do prontuário. Mas o dr. J. é mais criterioso, então ele não dá receita azul sem estar conhecendo o paciente, sem estar tendo contato com ele. E questão de receita azul, a pessoa tem que vir, estar conversando, pra orientar o horário que tem que tomar.

L.: Você percebe entre os hipertensos e diabéticos problemas emocionais, você acha assim, que quando eles estão com problemas emocionais, piora?

D.: Tem. Tem muitos assim, ficam nervosos, a pressão sobe muito. Uma vez eu fui na casa de uma senhora, ela é hipertensa, ela tava muito nervosa com o marido... e acabou tendo tonteira, dor de cabeça. Aí eu pedi pra ela ir no posto, próximo da casa dela pra medir a pressão, pra ver como que tava e tal, e a pressão tava alta. Então de certa forma também, isso afeta sim. E tem também uma senhora, que ela sempre tava nervosa e fazia regime adoidado, pra diabetes. Ela não comia açúcar, quando comia arroz não comia macarrão. Aí o marido dela falou: “gente, mas fulano de tal...” Aí a doutora que tava aqui passou pra ela (*medicamento*), chá de erva cidreira sem açúcar e tudo o mais. Aí o diabetes dela baixou. E depois que a outra enfermeira que estava aqui, ela começou a acompanhar ela, a gente ficou conversando. Falou pra ela deixar pra lá. Ela começou a tomar Diazepan pra

ela dormir e tudo o mais. Ela parou de tomar o remédio pra diabetes porque tá controlado agora. Então, você vê, essa coisa de emoção tem a ver sim.

L.: O que você acha que é transtorno mental?

D.: Transtorno mental? Pra mim eu acho assim, que é uma pessoa que não está em situação mental normal. É uma pessoa que às vezes tem alucinações, que não fala coisa com coisa e está fora da realidade, então pra mim, isso é um transtorno mental.

L.: E na sua área, você percebe? Tem algum caso, você já viu algum caso?

D.: Tem. Deve ter uns três a quatro pessoas nessa situação na minha área. Um inclusive meu irmão. Ele tem esquizofrenia crônica. Tem mais um lá com o mesmo problema dele. E tem outro também que saiu do hospital psiquiátrico esses dias.

L.: E esse pessoal que você falou, tá tudo em casa? Trata em casa junto com a família?

D.: Então, tomando o remédio normal deles, eles continuam normais. Parecem pessoas normais. Só que, por exemplo, a gente percebe que essas pessoas quando estão normais, ali, tudo controlado direitinho, tomando o remédio na hora certa, elas começam a achar que estão boas, que estão curadas. E querem deixar o remédio. E isso acontece na minha casa, acontece na casa da outra pessoa que eu passo também. E é o mesmo caso, a mesma coisa. E essa pessoa que saiu do hospital psiquiátrico esses dias agora também, aconteceu a mesma coisa. Então, geralmente, há aquela caída, né, aquela volta da pessoa ficar meio afobada, porque ela deixa de tomar o remédio. Aí muitas vezes... no momento eu não estou lembrando se tem mais gente, mas os três casos que eu acompanho é assim. Todos deixam de tomar o remédio, às vezes começam tudo de novo. Tem que levar para o médico, internar, tomar a medicação tudo de novo, aí tem que ser com uma dosagem mais forte. Daí está controlando de novo e de repente quando volta é essa luta.

L.: Se você não se importa eu vou perguntar do seu irmão, simbolizando outras famílias que você trabalha também. Aí você pode tanto falar do seu irmão, quanto dessas famílias. Por exemplo, quais são as dificuldades de vocês ou dessas famílias, você já me colocou essa dificuldade, de que não se tem uma seqüência com os medicamentos. Além disso tem mais alguma dificuldade que você percebe com essas famílias, ou de vocês, para conviver com essa pessoa?

D.: Para conviver?

L.: Sim.

D.: Ou adquirir remédio, por exemplo?

L.: Adquirir remédio é também uma dificuldade. Pode ser, não sei se é. Pode ser uma dificuldade. Porque eu te pergunto isso, porque a gente percebe o seguinte, que muitos pacientes poderiam ser tratados em casa, mas a gente percebe também que tem muitas famílias que não conseguem fazer isso, então, leva para o hospital. Fica internado 30, 40 dias, sai, vai para casa. Aí fica uns dias em casa e volta de novo para o hospital. A gente percebe que a família não sabe como lidar com essa situação. O que você percebe, qual é a maior dificuldade para lidar com isso?

D.: Olha, nesses casos dessas pessoas então! Eu acho assim, essas pessoas que têm esses problemas que eu acompanho, inclusive meu irmão e essa pessoa que eu estou sempre presente vendo, a família em si são orientados no hospital. Por exemplo, essas pessoas que ficam internadas no Sanatório Espírita de Uberaba, geralmente têm reuniões. As pessoas geralmente vão, inclusive meu irmão ficou internado lá, toda vez quando eu não ia minha mãe ia... Parece que eles estão querendo ver se conseguem um tratamento com a família, como tratar essas pessoas. Que é um caso mais especial de ser tratado. Então eu percebi assim, durante esse tempo, que fazia 8 anos que meu irmão não ia para lá, porque ele foi o ano passado. E a gente tem que estar acompanhando, sempre quando ia um, ia o outro. Às vezes tinha reunião lá e tal, eles falavam da evolução do paciente, como se tratava. Tomar

café, tomar alguma coisa de manhã, procurar sempre dar leite com açúcar, mas coisa assim, que não mexe com os nervos dele. Então, de certa forma, acho que está sempre preparado, esse pessoal assim. Eu percebo também que igual ao L., a mãe dele chama M., ela faz questão, assim, de estar sempre atrás, “ó, você tomou remédio?”, assim ficava atrás dele. Às vezes ele estava na rua, bebendo. Ela ia atrás dele: “ó, não pode fazer isso” e tal, o maior carinho, o maior cuidado. Até que ele foi também internado, mas ele toma injeção. Aí vai controlar mais.

L.: Qual a sua conduta perante essas famílias que têm esses problemas? O que você faz com essas famílias?

D.: Olha, eu percebo nessas pessoas, que são pessoas um pouco fechadas, parece. Eles se retraem de certa forma. Inclusive no bairro que eu faço visita, esse rapaz que tem problemas mentais, ele mora sozinho. Ele gosta de ter o lugarzinho dele, as coisinhas dele, tal. A mãe dele sempre leva almoço para ele almoçar e tudo o mais. Ele tem o lugarzinho dele, ele é muito inteligente, mexe com... e tudo o mais. Só que ele, assim, ele é muito fechado, ele não gosta de se abrir muito, então eu procuro ser mais amigo, sabe? Ter um papo de amigo: “e aí?”, tem que saber chegar nas pessoas e tal. Porque eu já tenho experiência de sobra, né? Então eu chego mais como amigo. Procuro dar uns conselhos, falo: “olha, o dia de tomar a injeção, você vai tomar a injeção, para você continuar”, porque o negócio é sempre assim o que eu percebo nessas pessoas, sempre estão com a moral baixa. Sempre estão assim: “ah, eu não presto”, “eu não vou casar nunca”, “ah, eu sou feio, nenhuma mulher interessa por mim”. Eu procuro estar levantando o astral dele: “ó, nada, você é uma pessoa jovem, bonito ainda, forte, tem sua casinha, tem tudo o mais, mora sozinho, quer dizer, você de certa forma é uma pessoa que é independente”. Geralmente as pessoas que têm problemas mentais são aposentadas. Nas pessoas normais é assim: se você trabalhar você come. Se você não trabalhar, não come. Governo te paga todo mês e tal. Se eu trabalhar é para ganhar o meu dia, então eu não tenho um salário fixo, eu vou ter que trabalhar para isso. Tenho que estar suando para estar ganhando um salário e tal. Você de certa forma cria esse vínculo mesmo. Você tem que tratar como criança mesmo. Porque geralmente, parecem crianças, são pessoas que parecem crianças mesmo.

L.: Você estava falando do medicamento, da pessoa que toma o medicamento injetável, do seu irmão, vocês ganham essa medicação ou têm que comprar?

D.: Olha, meu irmão por exemplo, só ganha o Haldol, porque o Diazepan às vezes tem aqui no posto, tem uma certa dificuldade para conseguir mas tem, mas alguns têm que comprar.

L.: Essa pessoa que usa injetável, tem aqui? Vocês aplicam?

D.: Não. Eu acho que ele aplica na Santa Casa. Na Santa Casa e eu acho que também é comprado. O injetável é comprado, não tem nesse posto de saúde, não.

L.: Você teve algum preparo para identificar transtornos mentais?

D.: Não, para identificar, não. Porque a gente teve o curso, como se eu fosse o agente comunitário, você está chegando na casa para abordar, e perguntar, para estar assim sempre dentro da ética, né, mas assim, para estar tratando de transtornos mentais, não.

L.: Então, nas fichas de vocês, que vocês preenchem, não tem um local, um espaço para colocar transtorno mental?

D.: Tem. Então, quando você vai fazer o cadastro da pessoa, da família, você já pergunta. Aí você vai com muito jeito, já que foi indicado mesmo como pergunta, então: “ó, tem chagas, tem isso, hanseníase, tuberculose”, aí fala assim: “alguém com problemas mentais, com remédios controlados, da cabeça, ou desmaia?”, então você tem lá DMI. Aí você pergunta: “tem alguém que toma remédio controlado aqui?”. Aí a pessoa: “ah, tem sim, mas por que você está perguntando?”. Aí às vezes tem que falar assim: “não, porque às vezes a gente vai ter algum remédio lá, aí já passa para a nossa ficha. O médico já está

sabendo, já pode marcar consulta, aí quem sabe você não ganha o remédio também? Se tiver lá, você pega o remédio”. De certa forma, tem um vínculo, mas de imediato não consegue essa aproximação, não.

L.: Você acha que com a implantação do PSF, melhorou para essas famílias?

D.: Olha, de certa forma, melhorou sim. Porque a gente observava que o hospital local era lotado de gente. Era lotado de gente, pessoas que estavam sempre internadas. Às vezes tinha que ficar na fila. Às vezes vinha consultar, não tinha vaga. Você ia lá meia-noite, meia-noite tinha gente na fila, né, para conseguir uma vaga no outro dia. Então era uma dificuldade danada. Hoje não tem mais fila assim. Hoje a gente trabalha com agendamento de consulta, vai nas casas, a gente conversa. Orienta assim: “você está passando mal? Então vai para a Santa Casa, lá que é urgência”, e tal... “aí, vamos agendar uma consulta, marcar um exame.” Marca exame, para ser tratado antes de piorar. Porque de repente a pessoa não dá muita bola para saúde, não, vai levando a vida e tal. Mas de certa forma, a gente entrando nas casas das pessoas, conversando com elas, perguntando: “e aí, como que está?” e tudo o mais, perguntando para ela, estar orientado, olha, o modo de alimentar, o modo de tomar os remédios, “está tomando os remédios direitinho? Está tendo remédio?”. Então, de certa forma eu percebo sim, que deu uma melhorada, o povo está mais consciente, está olhando mais para a saúde, se cuidando mais.

L.: Você gostaria de sugerir alguma coisa, de perguntar alguma coisa? De tudo que estamos falando, do treinamento?

D.: Olha, eu acho sim, que deveria ter um treinamento melhor para os agentes comunitários, porque hoje a gente nota muito pessoa depressiva, com dificuldade de dormir à noite, e tal. Muita gente tomando Diazepan, para estar dormindo, muita insônia e tudo o mais, então tinha que ter um treinamento para pessoas assim, para poder constatar isso. Como você chega, conversa, porque assim, eu, por exemplo, sou um popular, eu brinco muito, sou uma pessoa, como posso dizer... desinibida. Tem uns agentes que não são assim. Então deveria ter uma forma de como tratar as pessoas com problemas mentais. Como chegar e tal. Acho que falta esse treinamento ainda. Falta essa capacitação do agente comunitário de entrar nas casas e conversar. De certa forma também, a gente cria um vínculo com as famílias, as pessoas sentem a nossa falta. A gente nota carência do pessoal, não só da saúde, mas do social também, tinha que ter uma parceria entre a saúde e a área social também. Acho que tinha que ter um treinamento sim. Porque as pessoas vão chegando e abordando a família, o que eu percebo é que as pessoas chegam: “ah, está precisando de alguma coisa? Não? Então assina aqui para mim então”. Aí assinam e ela vai embora. Não entra naquela família. Não sabe o que está acontecendo. Então tem que ter um curso com capacitação para esses agentes que estão chegando nas casas, estar conversando, estar procurando saber, trazer uma ajuda mesmo, ali.

ENTREVISTA Nº 13

Iniciais: B.C.F

Escolaridade: 2º grau

sexo: Feminino

Cargo: ACS Estado civil : solteira

Tempo de trabalho: 1 ano

L- Gostaria que você me dissesse quais são os problemas de saúde que tem mais na sua área?

B- Bom, na minha área o que tem mais é diabetes e hipertensão

L- Existe pessoas na sua área que faz uso de remédio controlado?

B- Existe.

L- E você sabe para que?

B- Ah, mais é ficar calmo, né, e Diazepan.

L- E casos de transtornos mentais, tem?

B- Olha, tem um caso, que inclusive eu queria que você fosse lá comigo. É um caso muito esquisito. O rapaz é doido e a mãe dele também

L- E como você percebe que ele é doido?

B- Olha; já disseram que antigamente ele vivia no mato, como um bicho, andava de quatro. Agora ele está melhor., mora em casa, mas ele desenterrava osso para comer porque eu já vi.

L- Você sabe se ele ou a mãe dele já esteve internados?

B- Não. Ele tem um irmão que trabalha, que não deixa internar.

L- E você, como lida com esta situação?

B- Antigamente, eu tinha medo, agora vou lá e converso com eles, mas não sei se entendem. O filho que trabalha a gente vê pouco. Dizem que ele ficou assim porque matou o próprio irmão.

L- Ta certo, poderemos ir lá juntas. Você gostaria de fazer alguma sugestão.

B- Acho que o treinamento vai ser importante...porque.. assim, a gente não sabe o que fazer, então se a gente aprendesse ficava mais fácil né?

OBSERVAÇÃO:

Acompanhei a ACS e a enfermeira em visita familiar a esse paciente. A família é composta pela mãe e dois irmãos. Um dos filhos não possui problemas mentais segundo informações de vizinhos e da mãe. A mãe é uma senhora muito magra, de feições tristes, no ato da visita, apresentava cabelos desalinhados, descalça, vestido remendado e com aspecto de que há muito tempo não tomava banho.

Queixa-se de dores e pede injeções, diz que é para ficar disposta e sadia para trabalhar; mas ao oferecermos para levá-la ao médico para uma consulta ela não quer ir e fala que está tudo bem. Relata que não precisa de nada. A ACS e um vizinho que veio ao nosso encontro, relataram que ela não come nada". Ela e o filho doente (G.) são desconfiados, e apesar dos problemas a ACS relata que eles não aceitam comida doada porque pensam que está envenenado.

A mãe responde às perguntas com dificuldade, demonstra um grande "medo do diabo", e diz estar assim depois que benzeram eles. Ela fala com insistência que quer um benzedor. O vizinho disse ser espírita e já ofereceu para levá-los ao centro espírita, "mas no dia da oração, não se vê ninguém na casa, parece que recolhem para não ir".

Na casa deles existe uma grande quantidade de cães, alguns "bravos" que nos impedem de uma aproximação maior .

Esse vizinho relatou e a ACS concordou, que o filho G. abusa sexualmente da mãe.

A ACS relatou que eram três filhos, um apareceu morto com marteladas na cabeça enquanto dormia. O filho "normal", afirma ser o irmão doente que fez isso, mas ninguém sabe realmente o que aconteceu, pois nessa época, G. vivia mais pelos matos.

No fundo da casa, passa um córrego onde é escoado o esgoto do frigorífico, para se esconder das pessoas, G. às vezes pulava lá dentro. Já foi observado várias vezes ele desenterrando ossadas do frigorífico e come-las. A única intervenção que foi feita com essa família nesse dia, foi verificação de pressão. Ficamos de discutir o caso durante o treinamento e voltarmos lá para uma melhor intervenção Junto com a Equipe

ENTREVISTA No 14

Iniciais: J. F. G

Idade: 27 anos sexo: masculino

Escolaridade: 3º grau

Tempo de formado: 2 anos

Cargo: dentista Estado civil: solteiro

Tempo de trabalho: 1, 6 meses

L- Você é dentista?

J- Sim.

L- Você faz visitas?

J- Tem vez que saio.

L- O pessoal que você atende aqui tem algum tipo de problema?

J- Problemas mais simples, cárie, coisas assim.

-L- Chega pra você pacientes com problemas mentais?

J- Pouco, mas chega.

L- Quando você vai tratar paciente com transtorno mental como e?

J- Eu procuro saber da enfermeira

L- Quando você viu na faculdade , se você pegar paciente psiquiátrico o que você faria?

J- Procuro contato com o médico, pra ele passar pra gente o que pode e o que não pode, o tipo de remédio que pode toma, se precisa de seguir.....

L- Você não passou esse tipo de situação?

J- Não.

L- Você acha, que está preparado para lidar com pacientes portadores de transtornos mentais?

J- Sei lá, pra lidar com isso, tem que estar muito bem preparado

L- Você teria dificuldade para orientar a família quanto a isso?

J- Acho que não.

Você teve algum treinamento de saúde mental fora da faculdade?

L- Você quer falar mais alguma coisa? Quer dar sugestão?

J- Acho que e importante o treinamento, principalmente para aprendermos a identificar

ENTREVISTA No 15

Nome: S. R. S

Idade: 29 anos sexo: feminino

Escolaridade: 3º grau

Tempo de formada: 04 anos
Cargo: médica Estado civil: solteira
Tempo de trabalho: 4 anos

L Quais são os problemas de saúde mais encontrados em sua área?

S- Aqui o que mais aparece, é diabetes, hipertensão, tem muito depressão e pessoas ansiosas

L- Quais são os problemas mentais mais encontrados na sua área?

S- Olham gata, aqui o que mais aparece é depressão e pessoas querendo receita para comprar Diazepan

L- Que tipo de preparo você teve para identificar, e lidar com esses pacientes?

S- Somente da faculdade, falta muito preparo,

L- Qual é sua conduta com os portadores e familiares de transtorno mental?

S- Medico, e encaminhado para Uberaba se necessário

L- Você percebeu alguma modificação para essas famílias após implantação do PSF?

S- Em relação aos transtornos mentais não. Eles (ESF) não estão preparados para isso.

L- Você gostaria de dar alguma sugestão?

S- Acho legal esse seu trabalho- Só não sei se vai dar para eu participar, porque estou saindo daqui, eu estou trabalhando demais, já estou até ficando com transtornos mentais ... (risos)

OBSERVAÇÃO

Fizemos uma visita em Santa Maria, distrito de Sacramento- distante de Conquista uns 20 KM aproximadamente- por ter sido citado várias vezes pelos profissionais como sendo o lugar para onde enviavam o portador de transtorno mental.

Lá encontramos espécie de uma pousada, com vários quartos, dispostos um ao lado do outro, com um banheiro central, uma sala de recepção onde havia muitos retratos e livros espíritas, uma sala do administrador, um consultório médico montado. Segundo o administrador esse consultório é usado uma vez por semana por uma médica ginecologista e um médico clínico geral que são voluntários.

A casa fica localizada em um lugar muito agradável. Junto a natureza, onde pode-se ouvir o rio que marca a divisa entre os municípios de Conquista/Sacramento. No fundo da casa tem um "quarto forte", onde era colocados os doentes mentais que chegavam furiosos.

Segundo o administrador essa pousada funcionava como um hospital psiquiátrico, que foi desativado no ano passado.

A seguir transcreveremos a entrevista que tivemos com o administrador:

ENTREVISTA Nº 16

L.: Aqui é uma casa espírita, não é?

A.: Casa espírita.

L.: É um sanatório espírita?

A.: Veja bem, a gente trata. Na hora de fazer o tratamento, não tem religião. E aqui é uma casa de todos, que a gente cobra uma diária de quem pode pagar, pra manutenção da casa.

Nunca cobramos mais de quem pode, mais do que 20 reais uma diária. E aquele que não pode não dá nada, toda a vida foi assim. É a gente não recebe verba nem do governo, nem do município. De primeiro, o município dava, hoje em dia tá difícil, ninguém da.

L.: Hoje é um albergue, né?

A.: Era um albergue até o ano passado, a gente chamava de albergue. Hoje a gente mudou o nome, porque mudamos todas as estruturas, então agora mudou o nome para "Recanto do Repouso".

L.: E qual é a população que o senhor recebe? Que tipo de pessoas vem pra cá?

A.: Todo o tipo.

L.: É? Mas não ficam internados não?

A.: Hoje não. Até o ano passado ficava internado. Mas a gente tinha, muitos pacientes,.. e que a gente tinha só um funcionário, o trabalho era feito na maior dificuldade.....eu tinha 19 anos. Tem um auxiliar que já vinha toda terça-feira, mas eu não sei se ele mudou por causa do êxodo rural...., tinha muita gente aqui. Tinha muita gente aqui. Terça-feira era o meu dia de dormir. Eu vinha dormir aqui. Pra olhar. Aí na terça vinha eu, na quarta vinha outro. E era assim. Depois, nós arranjamos um guarda a noite. Depois eu vinha pagava o guarda a noite, pronto tava aqui a hora que precisava. Mas eu assim, tava sempre aqui ajudando. Voluntário, e sou voluntário até hoje. Graças a Deus.

L.: Aí o médico vinha, pra dar. receitas.....

A.: É. No Estatuto, Estatuto de Fundação....não internava,....a gente não internava ninguém que não passasse pelo médico. E interessante, que quando inaugurou em 1957, quem veio, porque aqui é município de Sacramento e lá tem a casa em Conquista. Quem veio inaugurar foi o Dr. Clemente Araújo de Sacramento ele era prefeito na época. Era uma maravilha. Ele como prefeito, ele inaugurou a casa.

L.: Eu só não entendi uma coisa. Aqui era um sanatório, um hospital psiquiátrico, as pessoas vinham ficavam internadas. Aí depois, teve toda aquela Reforma Psiquiátrica aí, que todo mundo sabe e aí passou a ser tipo um hospital dia. E assim, porque que mudou essa questão? Porque que os pacientes não ficam...parece que agora tem um CAPs também em Sacramento não tem,?

A.: E, Sacramento também, hoje já funciona, né? Mas assim, também não interna. Só em Uberaba, só o Sanatório de Uberaba.

L.: E você sabe.. como funciona em Sacramento?..

A.: Em Sacramento eles usam às vezes, eles vão até na casa, vão lá, dão injeção.....senta, ajuda, colabora. Mas internar, não.

L.: E aqui, ainda recebe gente...

A.: E, hoje a gente tá mudando e a última pessoa que teve aqui é lá de Taubaté, Mas hoje é só uma casa de repouso igual eu te falei. Ali nós temos a pousada particular (referindo-se a pousada de Santa Maria- Hotel fazenda)... Agora aqui não. Se a pessoa quiser vir pra cá vai funcionar agora, igual ao atual mesmo, só que é área de repouso espiritual. Quer vir pra cá....., oração, passe, água fluidificada todo dia, CD. Tem CD do Chico (Xavier), do Divaldo (Pereira Franco). Funciona muito bem, é uma maravilha. Quantas pessoas chegam aqui desesperadas, senta aqui, aí a gente faz uma prece, coloca o CU aqui, Outro dia teve um moço de Rifaina aqui, ele brigou com a esposa, pegou a caminhonete e saiu no mundo, veio parar aqui, pedindo socorro e tal, ...ah, não deu outra.....então reza o Pai Nosso, acha o Pai Nosso, a coisa mais bonita que tem. Depois..... é umacá mensagem que o Celso de Almeida Pontes de Uberaba recebeu. Então aí, tem o Cid Moreira, eu montei.

ficou uma tarde, ouvindo CDs espíritas e relaxando, quando foi embora já estava bom. É lindo isso aqui! É lindo! Aí faz uma precezinha assim, de dois minutos

L,: Aí o senhor dá passe?

A.: Ah, todo dia. Isso é todo dia..... Gente, quantas pessoas, igual eu falei pra vocês, chegaram aqui amarradas, algemadas, a gente punha em quartos de grade, porque antes a gente não tinha aqueles de alvenaria não, tinha cama mesmo. Eles quebravam as camas tudo, rasgavam as roupas, colchão, todinho virava pedaço. Pedacinho e jogavam pra fora na grade, Então cama de alvenaria. Agora tirou tudo. Ciente, quantos...e olha, não usava banheiro, comia as próprias fezes. Eh, moço! A gente lutou.....olha eu to aqui desde 57 e porque que eu to? Eu nunca tive um paciente que chegasse aqui algemado desse jeito e saísse do mesmo jeito. Porque se saísse mal, então não tem sentido. Se não passasse médico, mesmo quando internava, se o médico não avaliasse, não trouxesse atestado, nada feito.

L,: Então, seu A., agora é que ficou mais confuso mesmo. Eu pergunto para o senhor. O senhor acha que todos esses problemas são espirituais, ou o senhor acha que tem algum problema mental mesmo, orgânico do corpo?

A.: Você tem um pouco de razão, porque 80 a 90% é espiritual, Mas existem aqueles esquizofrênicos de verdade. E infelizmente não deixa de não ser, mas é o que a gente trás de vidas passadas, e aí não tem como.ai eu posso dizer, porque esse câncer meu aí? (o administrador teve câncer de próstata e se dizia curado).....é de sucessivas existências.....resquíio de desvario de vida passada

Eu tenho um medo de reencarnar de novo, porque é muito duro. Nossa, eu tive uma vida muito dura. Mas...e laboriosa. Mas eu dou graças a Deus da gente ser beneficiado demais. Olha pra vocês terem uma idéia. A última pessoa que eu tive aqui, com quarto de grade faz uns dois anos.....porque até hoje a procura é maior do sistema antigo. O pessoal não ta muito....porque a gente tenta. Porque às vezes chega aqui da Lagoa da Prata, a família perdeu um filho de maneira trágica e correu pra cá, vem pra cá e a gente reza junto. Graças a Deus.então é diferente, igual quando chega algemado, amarrado, e depois vai embora bom, abraça a gente e agradece.

L- O sr. tem algum curso de enfermagem ou da área da saúde?

A- Não, nenhum. Só com minha boa vontade. Às vezes eu ficava aqui sozinho, precisava sair, deixa os melhores tomando conta dos piores, mas não ficava sossegado, tinha minhas reuniões na loja maçônica, mas ficava doído para terminar para ver como estava.

L- Qual é a profissão do Sr?

A- Sou fazendeiro, tenho uma fazenda aqui na região. Agora, estou tentando que meu filho assuma o meu lugar, só que esta difícil..... Uma vez, a polícia deixou aqui um paciente que estava furioso e ameaçando as pessoas lá em Conquista. Eu coloquei ele em um quarto com grades. Só que ele não parava de gritar e xingar. Eu estava sozinho, não conseguia dormir... então peguei o Evangelho, peguei uma cadeira e coloquei na frente do quarto dele e comecei a ler em voz alia, li umas duas horas sem parar, aos poucos ele foi se acalmando, parou de gritar e dormiu, no outro dia, estava calmo. Ai pude dar banho e trocar a sua roupa. Hi! Minha filha, eu tenho muitas histórias para contar, eu poderia ficar um dia inteiro contando o que eu já vivi aqui.

A impressão que tivemos do lugar é muita paz; que a pessoa que nos recebeu gosta muito do que faz, embora demonstre cansaço pêlos anos e a doença de Câncer.

Percebemos também que embora não tivesse nenhum curso preparatório dentro da área de saúde, possuía lá um armário com várias medicações psicotrópicas e demonstrava conhecimento sobre elas.

Estivemos também em Sacramento/MG, por ter sido referido como referência para envio de paciente. Lá procuramos na Secretaria Municipal de Saúde, e disseram não conhecer nenhum CAPS ou Hospital Psiquiátrico, que eles tinham um ambulatório de Saúde mental. Estivemos lá e só encontramos um auxiliar de enfermagem que nos recebeu. Segundo esse auxiliar lá realmente é um ambulatório de saúde mental que funciona com uma psicóloga, um enfermeiro (que na verdade é um auxiliar de enfermagem), e médicos. Quando expliquei o propósito de nosso trabalho se mostrou muito interessado e disse que a prefeitura também tinha um projeto de trabalhar os PFS para saber lidar com as famílias de portador, no entanto esse projeto ainda não tinha saída do papel, porque estavam faltando funcionários, inclusive enfermeiros. Explicou-nos ainda, que recebiam pacientes de Conquista, porém somente para consulta.

ANEXOS

ANEXO 1

TEXTOS UTILIZADOS NO TREINAMENTO

1 - Assembléia na Carpintaria

Contam que na Carpintaria houve uma vez uma estranha assembléia. Foi uma reunião de ferramentas para acertar suas diferenças.

Um martelo exerceu a presidência, mas os participantes lhe notificaram que teria que renunciar;

A causa? Fazia demasiado barulho e além do mais, passava todo o tempo golpeando.

O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, dizendo que ele dava muitas voltas para conseguir algo.

Diante do ataque, o parafuso concordou, mas por sua vez pediu a expulsão da lixa. Diziam que ela era muito áspera com os demais, entrando sempre em atritos.

A lixa acatou, com a condição que se expulsasse o metro que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fosse o único perfeito.

Nesse momento, entrou o carpinteiro juntou o material e iniciou seu trabalho.

Utilizou o martelo, a lixa, o metro, e o parafuso. Finalmente a rústica madeira se converteu num lindo móvel. Quando a carpintaria ficou novamente só, a assembléia reativou a discussão.

Foi então que o serrote tomou a palavra e disse;

- "Senhores, ficou demonstrado que temos defeitos, mas o carpinteiro trabalha com nossas qualidades e com nossos pontos valiosos. Assim, não pensemos em nossos pontos fracos mas, concentro-nos em nossos pontos fortes".

A assembléia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limar e afinar asperezas e o metro era preciso e exato. Sentiram-se então como uma equipe capaz de produzir móveis de qualidade. Sentiram alegria pela oportunidade de trabalhar juntos.

Ocorre o mesmo com os seres humanos, basta observar e comprovar. Quando uma pessoa busca defeitos em outra, a situação toma-se tensa e negativa. Ao contrário, quando se busca com sinceridade os pontos fortes dos outros, florescem as melhores conquistas humanas.

E fácil encontrar defeitos, qualquer um pode fazê-lo, mas encontrar qualidades...isso é para os sábios!

(Autor desconhecido)

TEXTO 2 - UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO O FOTÓGRAFO

Num determinado país, regido pelo regime socialista, havia um efetivo favorável à natalidade.

Necessitando de mão de obra, criaram uma lei que obrigavam os casais a terem um determinado número de filhos.

Previram também uma tolerância de cinco anos. Nos casos em que os casais completassem cinco anos de casamento, sem terem pelo menos um filho, o Governo destacaria um Agente para auxiliar o casal.

Assim, ocorreu o seguinte fato. Marido e Esposa dialogavam;

MULHER: Querido, hoje completamos o 5º aniversário de casamento, x

MARIDO: É- e infelizmente, não tivemos um herdeiro.

MULHER: Será que eles vão enviar o tal Agente?

MARIDO: Eu não sei.

MULHER: E se ele vier?

MARIDO: Bem...eu não tenho nada a fazer.

MULHER: Eu menos ainda.

MARIDO: Vou sair, pois já estou atrasado para o trabalho.

Logo após a saída do marido, bateram na porta. A mulher a abre e encontra um homem à sua frente. Era um fotógrafo que se enganara de endereço.

HOMEM: Bom dia, eu sou...

MULHER: Já sei...pode entrar.

HOMEM: Seu marido está em casa?

MULHER: Não, ele foi trabalhar.

HOMEM: Presumo que ele já esteja a par...

MULHER: Sim ele está a par e também concorda.

HOMEM: ótimo, então vamos começar.

MULHER: Mas já? Assim tão rápido?

HOMEM: Preciso ser rápido, pois ainda tenho mais 6 casais para visitar.

MULHER: Puxa! E o senhor agüenta?

MULHER: Sim, agüento, pois gosto do meu trabalho. Ele me dá muito prazer.

MULHER: Então- como vamos fazer?

HOMEM: Permita sugerir: uma no quarto, duas no tapete, duas no sofá, uma ao corredor, duas na cozinha, e a última no banheiro.

MULHER: Nossa... Não é muito?

HOMEM: Minha senhora, nem o melhor artista de nossa profissão consegue na primeira tentativa. Numa dessas, a gente acerta na mosca

MULHER: O senhor já visitou alguma casa nesse bairro?

HOMEM: Não, mas tenho comigo algumas amostras dos meus últimos trabalhos.

Veja! (e mostrando as fotos de crianças). Não são lindas?

MULHER: Como são belos esses bebês! O senhor mesmo que fez? P<

HOMEM: Sim, veja este aqui. Foi conseguido na porta de um supermercado.

MULHER: Nossa...Não lhe parece um tanto público?

HOMEM: Sim, mas a mãe era artista de cinema e queria publicidade.

MULHER: Eu não teria coragem de fazer isso.

HOMEM: Este foi em cima de um ônibus

MULHER: Que horror...

HOMEM: E foi um dos trabalhos mais duros que já fiz...

MULHER: Eu imagino...

HOMEM: Veja este aqui. Foi conseguido em um parque de diversão em pleno inverno.

MULHER: Credo! Como conseguiu?

HOMEM: Não foi fácil. Não bastasse a neve caindo, tinha uma multidão em cima de nós.

MULHER: Ainda bem que eu sou discreta e não quero que ninguém nos veja.

HOMEM: Ótimo. eu também prefiro assim. Agora, se me der licença eu vou armar o tripé.

MULHER: Tripé? Pra que?

HOMEM: Bom- madame, é necessário. O meu aparelho, além de pesado, depois de pronto para funcionar, mede um metro.

A MULHER DESMAIOU.