

Faculdades Integradas de Patos
 Curso de Medicina
 v. 4, n. 2, abr/jun 2019, p. 1218-1231.
 ISSN: 2448-1394



**DESAFIOS ENCONTRADOS POR MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA DE
 FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MANEJO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA
 ATENÇÃO BÁSICA**

*CHALLENGES ENCOUNTERED BY RESIDENT DOCTORS OF FAMILY AND COMMUNITY
 MEDICINE IN THE MANAGEMENT OF MENTAL DISORDERS IN PRIMARY CARE*

Thaís Bezerra Cornélio de Lira
 Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba – Brasil
thaislira@fiponline.edu.br

Everson Vagner de Lucena Santos
 Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba - Brasil
eversonlucena@fiponline.edu.br

Resumo

Objetivo: Identificar relevantes desafios encontrados por médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade no manejo dos transtornos mentais na Atenção Básica, gerando assim, subsídios teóricos para que seja possível contorná-los. **Métodos:** Foi realizado um estudo exploratório, através de uma abordagem qualitativa, a qual apresentou por base a técnica de grupo focal. O público-alvo foi constituído de residentes de Medicina de Família e Comunidade das Faculdades Integradas de Patos (FIP), localizada na cidade de Patos, interior da Paraíba. O grupo foi conduzido a partir de um roteiro de entrevista. O material coletado foi interpretado por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Foram identificados como principais obstáculos no cuidado de pacientes com transtorno mental na Atenção Básica: 1) Redes de Atenção à Saúde mal articuladas; 2) conhecimento deficitário dos residentes no tocante à saúde mental; e 3) escassez de educação em saúde da população. **Conclusão:** Uma série de dificuldades foi elencada pelos residentes de MFC no manejo dos pacientes com transtornos mentais na Atenção Básica, sendo possível concluir que o caminho para inclusão destes na sociedade ainda é constituído de muitos percalços.

Descritores: Saúde mental. Atenção Básica. Residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Abstract

Objectives: Identify relevant challenges encountered by resident doctors of Family and Community Medicine in the management of mental disorders in Primary Care, thus generating theoretical subsidies to make possible circumvent them. **Methods:** An exploratory study was developed through a quality approach, based on the focus group technique. The target group consisted of residents of Family and Community Medicine of Integrated Colleges of Patos (FIP), located in the city of Patos, interior of Paraíba. The group was led by an interview script. The material collected was interpreted using the Bardin content analysis technique. **Results:** The main obstacles identified in the care of patients with mental disorders in Primary Care: 1) Health Care Networks poorly articulated; 2) Lack of mental health knowledge of residents doctors; 3) Shortage of

population health education. **Conclusion:** A bunch of difficulties were listed by the residents doctors of MFC in the management of patients with mental disorders in Primary Care, making possible to conclude that the way to include them in society is still made up of many mishaps.

Descriptors: Mental Health. Primary Care. Residents of Family and Community Medicine.

Introdução

O modelo de assistência à saúde mental vem sofrendo profundas transformações nas últimas décadas, apresentando como esteio a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no final dos anos 70, a partir da crise no modelo de assistência centrada no hospital psiquiátrico e na emergência de esforços dos movimentos sociais por direitos dos pacientes em sofrimento psíquico. A partir de então o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se dedicando a desinstitucionalização e a reintegração de pessoas com transtornos mentais graves à sociedade (BRASIL, 2005).

Sabe-se que o maior progresso da política do SUS até hoje foi o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, que é considerada prioritária para consolidação da Atenção Básica, a qual tem como um de seus princípios ser a porta de entrada da rede de atenção à saúde, inclusive no que diz respeito às demandas psiquiátricas (BRASIL, 2012).

A especialidade médica focada na Atenção Primária à Saúde (APS) é a de Medicina de Família e Comunidade (MFC), cabendo ao médico que atua nessa área atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, cerca de 85% dos problemas de saúde de determinada população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE,

2004). Os programas de residência em MFC já são desenvolvidos no Brasil há mais de 25 anos, porém em 2015 foi lançada a resolução que regulamenta os requisitos mínimos destes programas, devendo os mesmos contemplarem as especificidades do SUS, entre elas as atuações nas áreas da psiquiatria (ROCHA, 2015).

Nesse processo de integração da saúde mental à atenção primária, o apoio matricial vem norteando experiências. Nestes casos, profissionais considerados matriciadores são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental, sendo assim o processo de cuidado não é exclusivo de nenhuma especialidade, e sim de responsabilidade de todo o sistema de saúde (CHIAVERINI et al., 2011).

Em meio à prática médica são encontrados inúmeros obstáculos para a transformação do modelo assistencial no campo da psiquiatria e dificuldades de superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011). Um deles pode ser o impacto nos profissionais da atenção básica com as demandas em saúde mental, acompanhado do preconceito que costuma envolver esse tema na sociedade (NÚCLEO DE TELESSAÚDE SC, 2015).

O foco do cuidado centrado na doença, associado a sentimentos de medo, angústia e incapacidade na equipe, e a forma como esta lida com estas sensações, podem constituir ferramentas obstrutoras no cuidado, que podem estar associados a fragilidade de uma rede produção de conhecimento em psiquiatria que leve em conta as peculiaridades em saúde pública (BRASIL, 2011; ANGELINI; GUIMARÃES, 2015). Observa-se, portanto a necessidade de formação permanente das equipes de atenção básica para instituição do cuidado em saúde mental.

Estes reverses associados à prática atual da Atenção Primária à Saúde estão presentes também na formação dos médicos residentes em MFC. Sendo assim, este estudo vislumbrou esses desafios, com o intuito de auxiliar os médicos residentes e os diversos profissionais envolvidos na atenção básica a contorná-los.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo exploratório, através de uma abordagem qualitativa, a qual apresentou por base a técnica de grupo focal. A pesquisa foi realizada nas Faculdades Integradas de Patos (FIP), localizada no município de Patos, pertencente ao estado da Paraíba.

O grupo foi conduzido a partir de um roteiro de entrevista que abordou os seguintes temas: a) demanda em saúde mental dos participantes em suas unidades e os sentimentos relacionados à esta demanda; b) dificuldades na condução dos pacientes psiquiátricos; c) suporte matricial em saúde mental; d) ferramentas da MFC utilizadas pelos residentes na abordagem dos pacientes em sofrimento psíquico.

A população do estudo foi composta por 6 residentes de Medicina de Família e Comunidade das FIP que estavam no transcorrer do segundo ano do processo de residência médica e que manifestaram interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Aos mesmos foram atribuídos nomes fictícios.

Cinco componentes do grupo foram do sexo feminino e o sexto componente do sexo masculino. Obedecendo a mesma proporção, cinco tiveram formação médica no Brasil e um dos componentes teve formação no exterior.

Quadro 1 - Caracterização dos residentes participantes do estudo.

Nome fictício	Sexo	País de Graduação
Aline	F	Brasil
Fabício	M	Brasil
Juliana	F	Brasil
Luana	F	Exterior
Olívia	F	Brasil
Patrícia	F	Brasil

A entrevista se deu no dia 18 de junho de 2018, foi transcrita na íntegra, e submetida à análise de conteúdo proposta por Bardin em 1977, que consistiu em três etapas: 1) a fase pré-analítica, na qual foi realizada a sistematização e preparação do material, a leitura flutuante e a formulação de hipóteses e objetivos; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento e a interpretação dos resultados.

Após leituras do conteúdo transcrito, foram identificadas três categorias analíticas de acordo com os objetivos do trabalho: 1) Redes de Atenção à Saúde mal articuladas; 2) conhecimento deficitário dos residentes no tocante à saúde mental; e 3) escassez de educação em saúde da população, representados a seguir, junto a seus núcleos de sentido.

Quadro 2 - Categorias analíticas identificadas e seus núcleos de sentido.

Redes de Atenção à Saúde mal articuladas.	Conhecimento deficitário residentes no tocante a saúde mental.	Ausência de educação em saúde da população.
Desorganização na APS.	Deficiências provenientes da formação médica.	Preconceito do diagnóstico de transtorno mental.
Matriciamento falho.	Deficiências perpetuadas durante o PRMFC.	Comportamento violento dos pacientes.
-	-	Automedicação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP) e o parecer favorável do órgão foi obtido em 12 de Abril de 2018, sob o registro CAAE: 85150118.0.0000.5181 e nº do parecer 2.595.036 (ANEXO A).

Resultados e Discussão

Redes de Atenção à Saúde (RAS) mal articuladas

O objetivo deste tópico é aprofundar sobre a primeira categoria identificada ao realizar a análise do material coletado. Logo ao iniciar a conversa a maioria dos participantes aponta como obstáculo ao cuidado do paciente com transtorno mental fatores relacionados à organização das Redes de Atenção à Saúde, sendo assim interpretadas a partir dos seguintes tópicos: a) desorganização do eixo de Atenção Primária à Saúde (evidenciados pela demanda elevada referida e ausência de práticas inerentes à Atenção Primária à Saúde como acolhimento e agenda dinâmica); b) dificuldades no matriciamento (inconvenientes tanto de acessibilidade quanto de resolutividade).

Desorganização na APS

Os depoimentos permitem a inferência de que a organização da Atenção Básica se encontra comprometida por determinados fatores, entre eles: acolhimento ineficaz nas unidades, existência de agendas fixas entre os profissionais e pela ocorrência de equipes desestruturadas, com elevada rotatividade de profissionais.

[...] o acolhimento, ele é feito igual ao dos outros pacientes. Chegou, se tiver agendado, vai ser atendido, se for demanda espontânea entra como demanda espontânea, não tem nada específico e quando chega lá dentro é que a gente vai descobrir o que é. (Aline)

O acolhimento constitui-se de uma ferramenta presente em todas as relações de cuidado, podendo acontecer de formas variadas. Trata-se de uma forma de inclusão dos usuários, pois parte do pressuposto que não só alguns grupos populacionais devem ser privilegiados pelo trabalho das equipes, mas também aqueles com necessidades de saúde não incluídas nesses critérios. É importante que os profissionais definam como farão o acolhimento. Quem vai receber o usuário, avaliar seu risco e vulnerabilidade, tomar condutas imediatas, quando encaminhar ou agendar uma consulta médica (BRASIL, 2011).

Minha demanda é fixa [referindo-se à agenda] na minha unidade, mas quinta feira é o terror. Quinta feira dá muito paciente, mas sempre tem durante a semana o paciente que vai renovar receita, que não é do grupo específico daquele dia, mas que vai renovar receita porque acabou o remédio. (Fabrício)

Eu tenho [agenda fixa]. Eu tenho paciente, que são aqueles pacientes que, de saúde mental que eu falo né? Porque não são só os transtornos mentais, podem ser os pacientes que tem epilepsia sabe? Crianças com autismo que a gente acompanha muito que a gente coloca um dia só para renovar receita, fazer acompanhamento. (Luana)

A organização da agenda, proposta pelo Ministério da Saúde, deve contemplar a cada turno, diferentes situações, como a agenda programada para grupos específicos, agenda de atendimentos agudos e a agenda de retorno e reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas, devendo ser, idealmente, uma agenda dinâmica (BRASIL, 2011).

Um dos entrevistados referiu estar com desfalque frequente na sua equipe, tendo assim grandes dificuldades na organização da UBS, sendo possível que seja realidade semelhante de outras unidades de saúde da mesma cidade.

Há uma semana que eu recebi enfermeira, então desde o início do ano tinha ficado naquela transição, vinha a primeira, passava alguns dias e saía, então a própria estruturação da equipe anda muito desorganizada, então a demanda é muito alta e a própria gestão municipal não tem contribuído com esse suporte profissional da equipe "pra" atender isso. (Fabrício)

Estes fatos têm como consequência a dificuldade na organização da demanda dos profissionais, sobrecarga da equipe e conseqüente comprometimento do cuidado em saúde mental.

Gigantesca [referindo-se à demanda em saúde mental]. É proporcional aos pacientes com Hipertensão e Diabetes. (Fabrício)

Na minha também, a demanda é grande, tanto os pacientes que vem com alguma queixa a primeira vez, como também aqueles pacientes que vem sempre naquela questão de renovar a receita e a gente tem todo aquele acompanhamento "né"? É muito grande essa demanda. (Olívia)

Dificuldades no matriciamento

No decorrer da reunião, este tópico foi um dos mais abordados. Todos os residentes referiram dificuldades de matriciamento dos pacientes com transtornos mentais, tanto no âmbito ainda primário, exercido pelo NASF, quanto em apoio secundário ou terciário de atenção à saúde. As dificuldades variavam desde equipes reduzidas até a ausência de comunicação e resolubilidade das mesmas.

O único profissional que tem no NASF [que atende à unidade deste residente] é a fisioterapeuta. (Fabrício)

No meu não tem psicólogo. (Olívia)

No meu NASF não tem [psicólogo], tinha uma nutricionista, mas ela não vai mais. Tem uma assistente social que vai a cada 15 dias. (Aline)

Surgiram relatos acerca da comunicação ineficaz entre a equipe de Saúde da Família e as equipes de matriciamento.

No meu caso, o NASF funciona de 15 em 15 dias e pela manhã, só que nesse horário eu "tô" fazendo visita domiciliar. Tem psicólogo, só que o que é que ocorre? Os pacientes que eu mando "pra" lá nunca vem contrarreferência. Ela não dá nenhuma contrarreferência, e nem eu tenho o retorno do paciente, se perde né? (Patrícia)

Contrarreferência eu nunca vi, é um artigo de luxo. (Fabrício)

O apoio matricial e a equipe de referência são pilares que favorecem mudanças na forma de produção de saúde, a partir do momento que se estabelecem novas formas de relação entre as equipes e o serviço, sendo assim, a ausência de vínculos entre ambas prejudica o cuidado de forma imensurável (BRASIL, 2013). Os CAPS têm função primordial na articulação das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS), devendo trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde ativando os recursos pertencentes a outras redes (BRASIL, 2015).

Os residentes ainda afirmaram que a acessibilidade e resolubilidade dos serviços de matriciamento são comprometidas.

Aqui em [cidade onde a residente atua] eu fico muito amarrada com o que fazer com o paciente, sem ter como pedir uma ajuda, uma segunda opinião e sempre acaba que você fica muito preso. (Juliana)

[...] sempre que eu pergunto aos pacientes que vão ao CAPS, se eles têm apoio diário né? Porque alguns têm que ter apoio diário, terapia e atividades. Nenhum faz nada, assim, não tem atividade de pintura [referindo-se a atividades lúdicas], que não tem né? Geralmente nos CAPS? Aqui não. Pelo menos nenhum paciente meu, referiu. (Patrícia)

O que eu tenho de acompanhamento dos meus pacientes que vão para o CAPS é quase o mesmo que eu faço na unidade, renovar receita [...] aí tem situações que eu evito até encaminhar. (Fabrício)

A questão também da sensibilidade. Tem alguns pacientes que são acamados e tem transtorno né, e para levar eles pro CAPS? Tem a maior dificuldade. Não leva. Aqui eu nunca consegui. (Patrícia)

O primeiro CAPS foi criado no Brasil em 1987, na cidade de São Paulo e desde então foi implementado em vários municípios do país, funcionando como estratégia de superação do modelo asilar e para a criação de um novo lugar social para pessoas com sofrimento psíquico. As práticas funcionam de acordo com as necessidades dos usuários e familiares a partir das seguintes estratégias: acolhimento inicial, acolhimento diurno e/ou noturno, atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento para a família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação psicossocial, ações intersectoriais e matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica (BRASIL, 2002; BRASIL 2012).

As falas dos entrevistados permitem a conclusão de que os CAPS possam estar falhando em algumas estratégias que lhe são atribuídas, como no acolhimento inicial ao paciente com transtorno mental, práticas expressivas e comunicativas, atendimento domiciliar e por fim, no suporte matricial das equipes de Atenção Básica.

Conhecimento deficitário dos residentes no tocante a saúde mental.

Ao serem questionados acerca dos seus sentimentos relativos às suas demandas de saúde mental, a primeira resposta foi a seguinte:

Eu me sinto insegura para manejar e principalmente para iniciar medicações. (Patrícia)

Deficiências provenientes da formação médica

Os entrevistados concentraram seus discursos, diversas vezes, na insegurança para manejo dos pacientes psiquiátricos, fator que eles atribuíram como causa inicial, os déficits germinados ainda na graduação médica.

Eu também me sinto bem insegura de começar tratamento, pela minha formação, de não ter tido práticas e nem apoio teórico "pra" isso, eu me sinto muito inquieta ao iniciar uma medicação. (Juliana)

[...] eu achei a formação um pouco falha a experiência foi mínima com casos psiquiátricos [...] (Olívia)

Nos ambulatórios a formação teórica foi bem pouca também, e o acompanhamento em rodízios externos também foi bem escasso. A gente via poucos pacientes com transtornos mentais [discurso referente ao período de graduação em Medicina] [...] (Luana)

Já foi evidenciado que muitas escolas médicas situadas na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, se mostram incipientes na inserção da psiquiatria em seus currículos, embora também se observe o interesse das instituições em melhorar a qualidade do ensino nesta área (NETO, A. C. et al., 2011).

Deficiências perpetuadas no PRMFC

Limitações atribuídas ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade no qual os residentes estão incluídos foram também elencadas, como motivos para que os déficits práticos e literários, que referiram ter tido origem no processo de formação médica, tivessem continuidade.

A questão da própria residência, né? Meu preceptor era pediatra na época, ele é um excelente preceptor, não tenho o que falar, mas a gente sabe que ele não é um médico de família. Muitas vezes não estava presente na hora. [...] "Pra" mim continua, apesar de eu me esforçar, de ler uma coisa ou outra, "pra" mim questão de amparo, de formação, continua a mesma coisa. (Olívia)

Quando questionados sobre formas de diminuir os obstáculos enumerados como obstrutor do cuidado em saúde mental, estas foram as respostas:

[...] eu tenho preceptor, mas é muito difícil eu ter um contato. Tipo, ele não vai na minha unidade, quando eu ligo "pra" ele, ele me atende, só que assim não é sempre no momento de uma consulta que é adequada para a consulta "pra" ligar, então assim, eu acho que seria bem cabível [um preceptor acompanhando os residentes integralmente]. (Juliana)

Era "pra" ter capacitação tanto por parte da residência, como por parte do município também. (Olívia)

Eu acho que também a FIP poderia trabalhar nesse sentido, sabe? Questão de profissional. Psicólogo. Ter alguma rede de apoio também, que a gente possa mandar os pacientes, que eles tenham algum acompanhamento, também acharia interessante. (Patrícia)

O que eu acho primordial também é a questão da preceptoria. Se todos os preceptores fossem médicos de família a realidade poderia ser outra. Agora eu acho que influencia é o momento que a gente vive também na Medicina de Família, que "tá" se expandindo agora, a carência de preceptores. Acho que isso aí vai se resolver mais no futuro. Bem depois, porque enquanto isso pra ser preceptor vai ser pediatra... (Olívia)

As propostas de mudanças elencadas pelos entrevistados refletem desafios pertinentes ao processo de Residência Médica que estão incluídos. A residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de Patos em parceria com as FIP e Secretarias de Saúde circunvizinhas, funciona de forma que os residentes assumem a equipe de Atenção Básica como médicos da equipe e recebem visitas semanais e pontuais dos preceptores, que não os acompanha integralmente, mas encontra-se disponível durante o dia através de mídias sociais. Os discursos dos participantes do grupo focal permitem a inferência que as deficiências atribuídas ao PRMFC que estão inseridos e que prejudicam o cuidado em saúde mental da população, incluem: 1) a ausência do preceptor de forma integral acompanhando o residente na comunidade; 2) a ausência de capacitações em saúde mental proporcionadas pela faculdade e pelos municípios que atuam; e 3) a carência de rede de apoio provida pelas FIP que possa fornecer suporte matricial aos residentes.

Ausência de educação em saúde da população.

Este tópico representa a última categoria analítica identificada ao observar a entrevista. Os participantes referiram em diversos momentos, eventos que podem ser interpretados como consequências da escassez de educação em saúde da população. Problemas como atitudes violentas por parte dos pacientes, em determinadas situações, e até automedicação da população, foram identificados no decorrer do grupo focal. Preconceito do diagnóstico de transtorno mental partindo dos pacientes e da comunidade, corroboram com a conclusão de que o processo de educação em saúde precisa ser aprimorado.

Agressividade por parte dos pacientes

[...] quando eu trabalhava em outra cidade, uma paciente que ela veio [...] e eu falei pra ela: ó o bloco de receituário acabou e infelizmente eu não posso renovar sua receita. Não é nem só porque você não é da área, é porque eu não tenho receita e aí ela ficou de pé, disse que ia chamar a polícia "pra" mim, começou a chorar querendo ser agressiva e eu fiquei com medo mesmo, eu não sabia o que fazer. (Aline)

Eu já tive um caso semelhante. Que a paciente veio "pra" renovar e ela queria porque queria duas caixas. Eu disse que não, aí eu "tava" lá preenchendo a receita [...] Ela fechou o punho e ela: como é a história dr.? [...] (Fabrício)

Eu também já fui ameaçada por paciente. Ele queria quatro caixas de benzodiazepínico e eu disse que não ia dar. Ele disse que ia tocar fogo em mim, que ia atirar [...] (Juliana)

O Conselho Federal de Medicina em seu parecer nº 20/2018 declara não ser permitido repetir a receita de medicação controlada sem a realização do exame direto do paciente, podendo o mesmo ser receitado para até no máximo 90 dias, ficando à critério médico a periodicidade das consultas, desde que este prazo seja respeitado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). A notificação de receitas tipo "B" (psicotrópicas), pode conter até no máximo cinco ampolas, enquanto para as demais formas farmacêuticas, só é permitida a quantidade para o tratamento correspondente ao máximo de 60 dias (BRASIL, 1998).

Os dados acima descritos estão definidos há um período considerável, mas situações constrangedoras e arriscadas como as relatadas pelos residentes continuam a ocorrer, sendo possível concluir que, em sua maioria, seja devido a desorientação da população quanto à existência de regras para a dispensação de psicotrópicos, sendo, portanto, situações que poderiam ser prevenidas com educação em saúde.

Na atualidade há duas principais interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a sociedade, que são os grandes meios de comunicação e a convivência diária dos profissionais de saúde com a população. Esta segunda interface permite um amplo aprendizado dos caminhos de uma educação que valorize a autonomia e a criatividade dos educandos. Estes conhecimentos, construídos nessas experiências mais localizadas são essenciais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação em massa (VASCONCELOS, 2004). Determinados discursos dos residentes permitem concluir que estas formas educativas estão sendo insuficientes.

Eu acho que o próprio Ministério da Saúde não dá muito subsídio "pra" gente, porque eles falam muito sobre a Hipertensão, sobre Diabetes, Hanseníase, aleitamento materno, tem os temas chaves né? Da saúde em geral né? Mas saúde mental eu acho negligenciado. (Patrícia)

Propaganda ninguém vê, é aquela coisa escondida [...]. (Patrícia)

Atualmente, considera-se que o maior desafio das equipes de Atenção Primária à Saúde seja a organização do trabalho, de forma que seja possível conciliar os atendimentos à demanda com o exercício de todas as atribuições. Sendo assim, a instituição da educação em saúde junto às práticas das equipes de saúde da família faz-se cada vez mais necessária (FERNANDES e BACKES, 2010).

Preconceito do diagnóstico de transtorno mental

Ao serem questionados por dificuldades no manejo dos pacientes, associadas ao preconceito quanto ao diagnóstico do transtorno mental, os residentes em sua totalidade confirmaram e alguns exemplificaram este tipo de desafio.

Eu já percebi preconceito diante deles. Quando eu encaminho "pro" CAPS eles não querem ir porque eles são taxados como loucos. [...] Eu fui encaminhar uma criança e a criança disse: quem tem que ir "pro" CAPS é mãe, que ela é doida, eu "num" sou doido não. Tá entendendo? Já é uma coisa tão assim, estigmatizada de um jeito, que o preconceito parte do paciente. (Olívia)

Eu tenho um paciente que geralmente a mãe que vem renovar a receita, aí por vezes eu cobro que ele venha. Aí teve um dado momento, que foi uma das primeiras vezes pra renovar e eu precisava saber de fato qual era o diagnóstico que aquela pessoa tinha. "Não dr. tá aí". Enrolando, enrolando, sem querer dizer, aí eu fui ler no prontuário até que eu encontrei. "Ahh então ele tem esquizofrenia". Aí o menino olhou assim "pra" mãe. E a mãe: "não dr. aí deve ser um engano" e ficou mudando de assunto "pra" o filho não saber que o diagnóstico dele era esquizofrenia. (Fabrício)

O estigma que gira em torno das doenças mentais produz preconceito e discriminação e envolve não só o paciente com o transtorno psiquiátrico. O estigma é o principal empecilho para a recuperação e reabilitação do paciente, e também dificulta a qualidade de vida dos que sofrem com transtorno mental, dos seus familiares e da equipe envolvida nos seus cuidados (ROCHA, HARA e PAPROCKI, 2015).

A Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) conduziu um programa para redução do estigma e discriminação da esquizofrenia chamado "Open the doors", onde foram enfatizadas abordagens consideradas custo-efetivas, nas quais foram valorizados mecanismos de educação em saúde e trabalhou-se com diferentes grupos. As ações variaram entre familiares, comunidades, escolas, profissionais da saúde, policiais, e até grandes meios de comunicação, como rádio e televisão foram envolvidos (THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005).

Desta forma, observa-se a importância de disseminar conhecimentos e esclarecimentos à população, acerca das características e potencialidades dos pacientes em sofrimento psíquico, além de se combater com veemência o preconceito que gira em torno das pessoas com transtorno mental. Educação em saúde é uma ferramenta imprescindível nesse processo.

Automedicação

O último aspecto listado pelos residentes como obstrutor do cuidado em saúde mental foi à automedicação, segundo eles, muito frequente nas suas rotinas.

Vizinhos que usam benzodiazepínicos e dão para pacientes que não precisam. [Resposta dada ao serem questionados por dificuldades no cuidado em saúde mental]. (Aline)

E os próprios familiares também. (Olívia)

Teve um lá que chegou pedindo para eu renovar 2 caixas de Diazepam, porque era um para ela e um para o filho dela que tomava também. (Olívia)

São diversos os estudos que apontam os riscos da prática de automedicação. Grande parte dos medicamentos consumidos não possui prescrição, mas possuem riscos relacionados ao seu uso. Já foi constatado que os medicamentos que atuam no sistema nervoso central estão entre os mais consumidos no Brasil, embora os fármacos mais consumidos por automedicação sejam, em sua maioria, classificados como isentos de prescrição, estando os analgésicos ocupando o primeiro lugar. (ARRAIS, P. S. D. et al. 2016).

Um projeto de educação em saúde realizado por alunos e professores da Universidade da Região de Joinville identificou como importante problema, a falta de informações da população atendida pelo projeto e a importância da difusão permanente de conhecimento sobre o uso racional de fármacos (PEREIRA, J. R, et al., 2006).

Desta forma, é possível concluir mais uma vez, a importância da educação em saúde no trabalho das equipes de saúde da família, devendo ser parte indissociável do cuidado com o paciente.

Conclusão

Uma série de dificuldades foi elencada pelos residentes de MFC no manejo dos pacientes com transtornos mentais na Atenção Básica, sendo possível concluir que o caminho para inclusão destes na sociedade, conforme almejado pela Reforma Psiquiátrica, ainda é constituído de muitos percalços.

Os desafios envolvem diversos setores sociais. Um ponto de partida para contorná-los deve incluir uma melhor articulação das Redes de Atenção à Saúde (através de aprimoramento da gestão do cuidado na Atenção Primária associados a melhor articulação com os serviços de matriciamento), uma maior capacitação dos profissionais que estão na linha de frente do cuidado e o estabelecimento de ações de educação em saúde da população.

Referências

1. ANGELINI, C. R.; GUIMARÃES, M. D. C. G. "A gente sente que precisa e pode.": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 36, p. 1-9, Julho-

- Setembro 2015.
2. ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, vol. 50. Nº 2, 2016
 3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Ministério da Saúde. Brasília. 1998.
 4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
 5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Ministério da Saúde. Brasília. 2005.
 6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPES. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.
 7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Acolhimento à demanda espontânea. 56 p. : il.– Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.
 8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA.. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2012.
 9. . BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.
 - 10.. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Caderno de atenção domiciliar - Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
 11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Ministério da Saúde, Brasília, 2015.
 12. BARDIN, L. *Análise De Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
 13. CHIAVERINI, D. H. et al. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília-DF. 2011.
 14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 20/2018. Assunto: Repetição de receitas de psicofármacos e controladas. Relator: Cons. Emmanuel Fortes Silveira

- Cavalcante. Brasília. 18 de Maio de 2018.
15. CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. D. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 6, n. 45, p. 1501-1506, 2011.
 16. FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, v. 63, n. 4, p. 567-73, Julho-Agosto 2010.
 17. NETO, A. C. et al. Panorama nacional do ensino da psiquiatria nas escolas médicas brasileiras. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS*, v. 33, n. 1, p. 8- 13, 2011.
 18. NÚCLEO DE TELESSAÚDE SC. SAÚDE MENTAL NA AB - desafios no cuidado e acompanhamento. *Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC, Edição 32*. [S.l.]: [s.n.]. 2015. p. 8-11.
 19. PEREIRA, J. R, *et al.* Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento. Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville. 2006
 20. PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo-RS: Feevale, 2013.
 21. ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.
 22. ROCHA, V. X. M. D. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 25 DE MAIO DE 2015. Secretaria de Educação Superior. [S.l.]. 2015.
 23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC. Rio de Janeiro-RJ. 2004.
 24. SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 4, p. 105-114, 2010.
 25. THE WORLD PSYQUIATRIC ASSOCIATION. The wpa global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. *Schizophrenia – Open the doors Training Manual*. Setembro de 2005.
 26. VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.