

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LAYLA NASCIMENTO LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

PICOS

2012

LAYLA NASCIMENTO LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira

PICOS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

L979c Luz, Layla Nascimento.

Cuidado de enfermagem em saúde mental na estratégia
saúde da família / Layla Nascimento Luz. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (45 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Ana Karla Sousa Oliveira

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Saúde
da Família. I. Título.

CDD 616.89

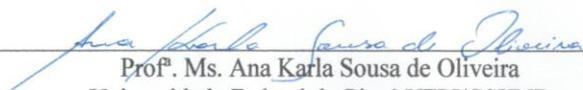
LAYLA NASCIMENTO LUZ

**CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 29/10/12

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Prof.^a. Dr.^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB


Prof.^a. Esp. Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

DEDICATÓRIA E GRATIDÃO ESPECIAL

A **Deus** por me conceder o dom da vida e da sabedoria, estando sempre presente, caminhando comigo, iluminando os meus passos, ofertando-me forças e tranquilidade para seguir em frente e tornar tudo possível.

DEDICATÓRIA

A MINHA MÃE

Agnela Helena do Nascimento Luz

AO MEU PAI

José Edilson da Luz

AO MEU IRMÃO

Lailson Nascimento Luz

DEMAIS AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder o dom da vida e da sabedoria, por sua presença constante em minha vida, por me conceder forças e tranquilidade para superar este desafio.

À Prof^a Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira, minha querida orientadora, pela paciência, dedicação e ensinamentos na realização deste trabalho, em particular, por ser exemplo na luta pela integralidade do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial.

À minha família, por todo apoio e confiança em mim depositada, o que tornou possível a realização deste projeto e pelo incentivo a lutar pelos meus sonhos; em especial a minha mãe Agnela Helena, por ser essa pessoa carinhosa e forte, por todo amor ofertado, paciência, compreensão e dedicação à mim, Amo a senhora incondicionalmente!

Ao meu pai José Edilson, e ao meu pai de coração Eptácio Leal pelo apoio e colaboração, a Lailson Luz meu irmão, amigo e companheiro, que esteve sempre presente enfrentando desafios e proporcionando alegrias e incentivo ao meu caminhar.

Ao meu companheiro Leal pelo apoio, cumplicidade, amizade e incentivo nessa conquista.

Aos meus queridos sobrinhos Anne Louise e Enzo Emanuel por as alegrias, e momentos especiais vividos.

A Smilly, Snaylla e Marley por preencherem meu viver de risos, alegrias e emoções.

Aos meus avós, a meus tios, em especial Tia Gracinha e Tio Oséias, e aos meus primos por todo carinho, apoio e admiração dispensados, bem como, a todos os familiares.

A Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campos Senador Helvídio Nunes de Barros, instituição da qual me orgulho, obrigada por ter contribuído na minha brilhante formação.

Aos queridos professores da Universidade Federal do Piauí, Campos Senador Helvídio Nunes de Barros, que fizeram parte dessa história, contribuindo diretamente com seus brilhantes ensinamentos: Laura Maria Feitosa Formiga, Walquíria Maria Pimentel Santos Lopes, Maria Rosilene Candido Moreira, Givaneide Oliveira de Andrade, Maria Rosângela de Sousa Luz, Fortunato Monge, Josie Haydée, Hercília Rolim, Marcia Teles Oliveira Gouveia, Mário Mattos, Rubia Fernanda Santos Lima, Ana Carmita Bezerra de Sousa, Priscila Aquino, Ana Larissa Gomes Machado, Dayse Djanira Furtado de Galiza, Kellya Rhawyllssa Barros Luz, Patrícia Barros, Francisca Teresa de Galiza, Nero Francisco da Silva, Ana Karla de Sousa Oliveira, Luisa Helena de Oliveira Lima, Ana Isabel Oliveira Nicolau e Édina Araújo Rodrigues de Oliveira.

Em especial agradeço a professora Ana Roberta Vilarouca da Silva, pela qual tenho total admiração, por sua competência, compromisso, determinação e autoconfiança. Aprendi muito com a senhora!

Aos amigos que seguiram junto comigo nessa caminhada e companheiros de conquista: Maria Sauana Sany de Moura, Sammyra Alencar, Josivane Marques, Ruanderson Barros, bem como, a todos que compartilharam da minha amizade, durante todo este tempo, e em especial a super querida Loisláyne Barros Leal pela sua amizade, por os amparos imprescindíveis e conhecimentos compartilhados!!!

A minha amiga Raquel Maria de Souza Neta (em memória), que foi essencial na trajetória de busca por esse sonho, você faz parte desta conquista, obrigada por ter cuidado tão bem de mim. Saudades Eternas!

Aos profissionais de Enfermagem participantes deste estudo pelo apoio e colaboração.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes contribuindo e participando desta trajetória.

Todos Vocês São Especiais Para Mim! Obrigada!

“E você aprende que realmente pode suportar que realmente é forte; e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente à vida tem valor e que Você tem valor diante da vida, nossas dádivas são traidoras e nos fazem perder o bem que podemos conquistar se não fosse o medo de tentar.”

William Shakespeare

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica tem como premissa o cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico, reforçando a idéia que o mesmo não deve se afastar do seu espaço e convívio social. Com isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui em um espaço privilegiado devido sua inserção na comunidade e ter a família como foco. O presente estudo objetivou compreender como é realizado o cuidado de enfermagem em saúde mental no âmbito da ESF, buscando, pois, investigar as ações desenvolvidas, sua continuidade e dificuldades encontradas nesse contexto. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa fundamentado na análise de discurso na vertente proposta por José Luis Fiorin. Para obtenção do material empírico utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, dirigido aos profissionais de enfermagem, sendo utilizado como instrumento de registro dos depoimentos um equipamento de gravação digital. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2011 a junho de 2012 e a análise do material coletado teve início com a transcrição das falas, as quais foram posteriormente organizadas e categorizadas segundo os seguintes temas: Ações da Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: (des)atenção, exclusão e medicalização; e os Desafios para o cuidado de enfermagem à saúde mental na estratégia saúde da família: estigmatização e medo do louco e da loucura e fragilidade na formação. Os resultados da pesquisa mostram que em geral não são desenvolvidas ações em saúde mental na ESF e, quando realizadas, são com frequência ações pontuais e indiretas, a visita domiciliar se apresentou como um recurso para atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, no entanto, tem sua função descaracterizada na medida em que é utilizada como forma de afastar o usuário do serviço, além do mais, esse recurso é utilizado estritamente para entrega de receituários de psicotrópicos, destaca-se ainda a dependência da atenção especializada para o atendimento a esses sujeitos, no que concerne às dificuldades enfrentadas nesse contexto, encontra-se a sobreposição de tarefas administrativas e assistenciais, demanda excessiva e a série de programas a serem cumpridos, soma-se a esses fatores a falta de preparado teórico-conceitual dos profissionais, falta de capacitação e educação permanente foram apontadas como impedimentos para efetivarem a atenção à saúde mental. O medo de lidar com o sofrimento psíquico, e o preconceito a ele associado em relação ao louco e à loucura, emergem como importantes desafios a serem superados. Portanto, a trajetória deste estudo possibilitou uma maior compreensão acerca da complexidade desse tema, levando-nos a repensar nossa prática profissional, como também permitiu conhecermos as principais dificuldades que devem ser superadas bem como os avanços obtidos, tendo em vista a melhoria desse cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Saúde Mental. Saúde da Família.

ABSTRACT

The psychiatric reform is premised comprehensive care to the subject in psychological distress, reinforcing the idea that it should not move away from your space and social interaction. With this, the Family Health Strategy (FHS) is in a privileged due to its inclusion in the community and have a family focus. The present study aimed to understand how it's performed nursing care in mental health within the ESF, seeking thus to investigate the actions developed, its continuity and difficulties in that context. This is an exploratory and descriptive qualitative approach based on discourse analysis in part proposed by José Luis Fiorin. To obtain the empirical data used a script semi-structured interview, designed for professionals in nursing, being used as an instrument to record the testimonies digital recording equipment. The study was conducted from August 2011 to June 2012 and analyze the collected data began with the transcription of the speeches, which were subsequently organized and categorized according to the following themes: Shares of Mental Health Nursing in the Family Health Strategy : (un) attention, exclusion and medicalization, and the challenges for nursing care to mental health in the family health strategy: stigmatization and fear of the mad and the madness and fragility training. The survey results show that in general are not developed mental health actions in the ESF and, when held, are often isolated and indirect, the home visit is presented as a resource to care for individuals in psychological distress, however, has its function uncharacteristic in that it is used as a way of removing the service user, in addition, this feature is used strictly for delivery of prescriptions of psychotropic drugs, there is still a dependence on specialized care for the care of these individuals, regarding the difficulties faced in this context, is the overlap of administrative tasks and care, excessive demand and the number of programs to be fulfilled, adds to these factors the lack of theoretical and conceptual prepared by professionals, lack of training and continuing education were cited as impediments to actualize the mental health care. The fear of dealing with the psychological distress, and prejudice associated with it compared to the crazy and insane, emerge as major challenges to be overcome. Therefore, the trajectory of this study enabled a greater understanding of this complex issue, leading us to rethink our professional practice, but also allowed knowing the main difficulties that must be overcome as well as the advances made in order to improve this care.

Keywords: Nursing Care. Mental Health. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – Auxiliar de Enfermagem
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CSHNB – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
ENF – Enfermeiro
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PSF – Programa Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE – Técnico de Enfermagem
UFPI – Universidade Federal do Piauí
USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental.....	16
2.2 Saúde Mental e Saúde da Família.....	18
2.3 Enfermagem em Saúde Mental: perspectiva atuais e desafios	19
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	21
3.1 Caracterização do Estudo	21
3.2 Cenário e Período da Pesquisa.....	21
3.3 Sujeitos do Estudo	22
3.4 Instrumento para Coleta do Material Empírico	22
3.5 Procedimentos para a Produção e Análise do Material Empírico	22
3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Ações da Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: (des)atenção, exclusão e medicalização.....	25
4.2 Desafios para o Cuidado de Enfermagem à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: estigmatização e medo do louco e da loucura e fragilidade na formação.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	41
ANEXO	45

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de muitas décadas, a assistência ao louco e à loucura no Brasil e no mundo percorreu uma trajetória de violência, exclusão e (des) atenção, que determinou e permanece determinando muitas vidas. Diante desse quadro, muitas foram as iniciativas que se propuseram a transformar essa realidade, com resultados o mais diversos. No contexto brasileiro, essa busca de superação da violência dirigida ao louco ganhou impulso em meados dos anos setenta, quando teve início a construção da proposta de reforma psiquiátrica, tendo-se como fundamento o questionamento em relação ao modelo hospitalocêntrico, e como proposta principal a desinstitucionalização progressiva dos sujeitos em sofrimento psíquico, entendida como desospitalização e ruptura com concepções e práticas de isolamento e segregação.

No Brasil, a proposta de reforma psiquiátrica foi forjada no contexto do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, se afirmando como movimento de caráter democrático e social, na busca incessante de melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento mental. Na época da sua criação, teve como principal reivindicação o reconhecimento do caráter excludente e segregador das políticas e práticas de atenção em saúde mental adotadas no país (SOUZA; RIVERA, 2010).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado prevalências de transtornos mentais ao longo da vida entre 12,2% e 48,6%, dependendo da população estudada e das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizados. E também, apontam que, os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população até 2020 (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Com isso, torna-se primordial o reconhecimento de que todos os seres humanos estão sujeitos a sofrimentos psíquicos, havendo a necessidade promover ações integrais, que superem o enfoque medicalizante e curativista, contemplando as diversas dimensões do ser humano. Visto que os transtornos mentais em geral causam consideráveis impactos para a saúde pública, além de custos financeiros, somam-se ainda aumento na morbidade, prejuízos na sua produtividade e uma diminuição severa da qualidade de vida de seus portadores.

De acordo com Cavalcante et al. (2010), a política nacional de saúde mental é fruto de um processo histórico de formulações e reformulações, com sucessivas contradições, e nesse cenário assiste-se a subsequentes mudanças na prática assistencial.

Nessa mesma perspectiva, Nunes et al. (2007) aponta que esta política norteia atualmente a reforma psiquiátrica, estimulando práticas pautadas no território e articuladas em

uma rede ampliada de serviços de saúde. No entanto, para os autores, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta.

Ademais, para os autores supracitados, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes na atenção básica à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas.

A reforma psiquiátrica tem como premissa o cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico, reforçando a idéia que o mesmo não deve se afastar do seu espaço e convívio social. Neste movimento vemos que a interface entre família e o sujeito em sofrimento mental são uma das estratégias mais importantes do cuidado psicossocial.

Desse modo, a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio da estratégia saúde da família se mostra como desafio, porém este programa se constitui em um espaço privilegiado de cuidado devido à sua localização na comunidade e ter a família como foco.

A despeito desse panorama, a saúde mental é uma das áreas mais promissoras na saúde da família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), contando em sua equipe básica com um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, estes últimos devem ser residentes no próprio território de atuação da equipe. Em alguns casos é incluído um odontólogo. Cada equipe é responsável pela atenção a cerca de 800 famílias, o que significa em torno de 3.500 pessoas (AMARANTE, 2007).

Uma vez que as políticas públicas em saúde mental têm investido e incentivado o atendimento de sujeitos acometidos por sofrimento mental em serviços comunitários, fica clara a importância da ESF, por se configurar porta de entrada do sistema e ser considerada uma das formas de atenção primária em saúde.

Além disso, sua assistência é focada na família numa perspectiva integral, contínua, visto que, permite o acolhimento e vínculo no cotidiano do cuidado, com finalidade de reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. Sendo assim, é considerada uma das principais parceiras para a articulação das ações de saúde mental.

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a

verticalização e normatividade da ESF; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e as necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência (BRÊDA et al., 2005).

Sendo assim, observa-se que há muito a ser enfrentado, ampliado e principalmente construído para a concretização da proposta de reinserção social e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse processo, destaca-se o papel dos profissionais de enfermagem, mediante a suas funções desenvolvidas na ESF, e o desafio que enfrentam cotidianamente a fim de transformar e criar novas formas de cuidar e de conceber os sujeitos em sofrimento psíquico, além de seus familiares e a comunidade como um todo.

Diante do exposto, a presente investigação é de grande relevância para a enfermagem por possibilitar a compreensão da realidade acerca do cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica, além de contribuir na identificação dos medos, anseios, pré-conceitos e dificuldades que muitas vezes impedem a promoção do cuidado efetivo, resolutivo e de qualidade voltado a esses sujeitos.

Dessa forma, o objeto de estudo é o cuidado de enfermagem em saúde mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, buscando, pois, investigar as ações desenvolvidas, sua continuidade e dificuldades encontradas nesse contexto.

Para proceder à investigação, formulou-se os seguintes objetivos:

Geral

Compreender como se realiza o cuidado de enfermagem à saúde mental no contexto da estratégia saúde da família.

Específicos

1. Identificar ações desenvolvidas pela enfermagem na atenção à saúde mental no âmbito da ESF;
2. Conhecer as dificuldades que se colocam para a efetivação de uma atenção integral à saúde mental nesse contexto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental

Desde a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive no Brasil. Tais mudanças culminaram na Reforma Psiquiátrica, que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Reforma Psiquiátrica (RP) trata-se de um processo político e social complexo composto por diversos segmentos sociais, também pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É justamente no cotidiano da vida das instituições dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, porém marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira inicia-se, nos anos 60, como um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, envolvendo propostas alternativas em relação aos manicômios. Com esta reforma, procura-se desconcentrar o olhar sobre a doença, para dar ênfase ao sujeito, suas expectativas, seus projetos de vida, suas relações sociais e sua comunidade. Nesse sentido, a RP nasce como um movimento que visa à desconstrução de saberes e práticas cristalizadas no manicômio, um espaço que segrega e exclui com o subterfúgio de “tratar” as manifestações da loucura (SANTOS, 2009).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu no bojo da Reforma Sanitária, guardando consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental (NUNES et al., 2007).

No fim da década de 70 surge diversas denúncias e críticas acerca da situação que se encontrava os doentes mentais. No ano de 1978 vários segmentos sociais se organizaram e nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento passou a protagonizar e a construir a partir, desta época a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e a construir

coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a Constituição de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. Com mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (BRASIL, 2001).

Assim como o SUS, a Reforma Psiquiátrica no Brasil consistiu em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos, que desconstruíram tanto os conceitos de saúde em geral, como os de práticas em saúde mental, em particular.

E foi, através da proposta do projeto de Lei nº 3657 de 1989, conhecida também como lei de Paulo Delgado, que ocorreu a conquista de melhorias na assistência aos usuários com sofrimento psíquico, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a construção de serviços substitutos a estes, sendo que a mesma só se consolidou efetivamente com aprovação da Lei nº 10.216 de abril de 2001 (NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

Nesse sentido a Lei nº 10.216 de 06/04/01 (lei Paulo Delgado ou lei da reforma psiquiátrica) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei garante a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais sem qualquer discriminação; preconiza cuidado especial com clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica propõe o nascimento de novos dispositivos de tratamento, substitutivos ao manicômio e inseridos na comunidade onde vive o sujeito. A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, incluindo as ações da saúde mental na Atenção Básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa “De Volta Para Casa”, entre outros (SOUZA et al., 2007).

Assim, torna-se essencial que esses serviços estejam articulados, em parceria, com outros serviços de saúde, para que possa dar conta de contemplar as diferentes dimensões da

vida humana que vivencia uma situação de sofrimento mental. Nesse caso, os serviços substitutivos nascem como propostas inovadoras de tratamento, reabilitação, cuidado e inclusão, premissas essas pouco existentes nos espaços hospitalares psiquiátricos (PINHO, 2010).

2.2 Saúde Mental e Saúde da Família

Nos últimos vinte anos a área da saúde mental, no contexto nacional, vem se conduzindo em um processo complexo de auto-afirmação por um saber/fazer que supere o modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico, buscando sustentar-se sobre dispositivos de atenção comunitária, territoriais, focalizados na pessoa em sofrimento psíquico e sua família, por meio de ações transformadoras e em constante construção (LUCCHESI et al., 2009).

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família, são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Nesse sentido, apontam para algumas destas potencialidades: o fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde (BRÊDA et al., 2005).

Nessa direção Büchele et al. 2006, relatam que a saúde mental tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada contemplando a ESF. Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado.

Para Lancetti e Amarante (2009), a saúde mental, é, por assim dizer, o eixo da estratégia de Saúde da Família. Na ESF existe uma proximidade entre os pacientes e os profissionais, ambos se conhecem pelo nome, o que facilita a existência de um vínculo. Nesse modelo de atenção os pacientes não são mais tratados como números de prontuários, eles

passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecido, por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental.

Os autores supracitados afirmam que a ESF pode ser considerada um Programa de Saúde Mental, pautam-se no fato da existência de tratamento contínuo, que permite aos pacientes a resignificação de sintomas e sofrimentos vividos, conta com a prática do acolhimento, usual no campo da saúde mental, além do desenvolvimento de atividades coletivas em geral, como caminhadas, palestras, atividades em grupo, entre outras. Este fato tem ainda maior relevância quando as comunidades não contam com uma rede de serviços extra-hospitalares de Saúde Mental, suficientes para os atendimentos necessários.

A ESF e a saúde mental apresentam características que as aproximam enquanto áreas de saber, de prática assistencial e de cuidado, culminando em sua parceria para atingir a proposta de reabilitação psicossocial e de atenção integral. Destaca-se que ambas as áreas preconizam a atenção integral, ou seja, o acompanhamento do usuário ao longo de sua existência, pautando-se no acolhimento e no vínculo como estratégias de intervenção na saúde, desenvolvendo ações coletivas na comunidade, no território social onde as pessoas se encontram, além de compreenderem o cuidado ao núcleo familiar como foco de sua atenção (MIEILKE; OLCHOWSKY, 2010).

Sendo assim, para uma melhor articulação entre a Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender a organização do modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças, seus medos, seus desejos e busque atuar de modo a não julgar o comportamento familiar e sujeito em sofrimento psíquico, mas sim, oferecer subsídios para os mesmos lidarem com a situação.

2.3 Enfermagem em Saúde Mental: perspectiva atuais e desafios

Historicamente, a enfermagem compõe a equipe de saúde desde tempos remotos no tocante a realizar ações em saúde mental aos cidadãos. Essa atuação sempre deparou-se com múltiplas resistências nos campos político e profissional, e apresentou alterações significativas a partir do final da década de 70, quando criticava-se o modelo da atenção psiquiátrica tradicional (SILVA, et al., 2009). Ainda relata que a enfermagem tem o propósito de cuidar dos usuários de forma integral, devendo estar sempre atenta para aspectos relacionados à saúde mental dos sujeitos, como também no sentido de se autoconhecer, e

perceber seus limites e potencialidades como ator social que faz parte de um processo político de contexto social.

Para Silva (2009), o enfermeiro juntamente com os demais profissionais da equipe em que atua, deve promover reflexões de modo a esclarecer quais ações podem ser mais eficazes para contribuir com o sucesso do tratamento de cada sujeito que estiver sob seus cuidados, pois a melhora da pessoa em sofrimento mental tem muito a ver com a afetividade e continuidade com que possa ser acolhida e cuidada, e não apenas pelas maneiras formais em que os tratamentos são preconizados.

No entanto algumas pesquisas demonstram o cenário que realmente encontra-se a saúde mental, onde deixa-se claro que ainda existe muito o que ser melhorado e modificado, pois muitos profissionais ainda demonstram preconceitos, medo, aflição e muitas dificuldades em cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico. Geralmente não demonstram nenhum interesse em qualificações e especializações na área, o que acaba dificultando a operacionalização do cuidado a essas pessoas.

Souza et al. (2007) fizeram uma pesquisa em Teresina, no Piauí, com o objetivo de identificar a formação e as ações do enfermeiro em saúde mental no Programa de Saúde da Família. Os resultados demonstraram que 95,5% dos enfermeiros não possuem formação específica em saúde mental. Sendo que dos entrevistados 97% referem que existem pacientes em sua área de abrangência, que necessitam deste tipo de atendimento. Segundo os autores deste estudo os enfermeiros entrevistados relatam que comumente não exercem atividades específicas voltadas para esta área.

Com isso os autores deste estudo concluem a partir desses dados que treinamentos e atualizações, não só para profissionais de enfermagem, mais para toda a equipe de saúde da família são de fundamental importância para superar as dificuldades desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar propostas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SOUZA et al., 2007). Dessa forma, percebe-se o quanto, no âmbito da saúde mental, a prática da enfermagem demanda a disponibilidade do profissional em estar preparado e qualificado para lidar com o inesperado, com o novo e, portanto ter uma capacidade criativa e empática para acolher o outro, tendo em vista sempre a qualidade de vida das pessoas.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os estudos descritivos possuem a finalidade da descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).

Com base em uma abordagem qualitativa, pretende-se responder a questões muito particulares, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

3.2 Cenário e Período da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2011 a junho de 2012 e teve como cenário as unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Picos-PI. Para o desenvolvimento da pesquisa privilegiou-se a unidades localizadas na zona urbana do referido município em função da facilidade de deslocamento da pesquisadora e por serem campos de práticas do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

A cidade de Picos está localizada no centro sul do Piauí com área total de 535 km². É hoje a 3ª maior cidade do estado do Piauí com uma população estimada em 73.414 habitantes (IBGE, 2010). Também conhecida como capital do mel e cidade modelo, devido ao grande crescimento econômico, social e cultural, é uma cidade jovem que tem como principal característica social a mistura étnica, pois sua população é formada por indivíduos das mais diversas partes do país.

Em termos administrativos inerentes ao setor de Saúde no município de Picos-PI, possui como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sua configuração administrativa é descentralizada e gerenciada por coordenações nos 3 (três) níveis de atenção a saúde, Básica, Média e Alta Complexidade. Considerando que para cada programa da

Atenção Básica, possui um coordenador para gerenciamento, controle e monitoramento das ações (PICOS, 2010).

No município de Picos, existem 30 Unidades de Saúde da Família (USF), cujas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação de doenças e agravos visando a manutenção da saúde da população, sendo 20 Unidades pertencentes a zona urbana e 10 pertencentes a zona rural. A equipe básica é composta por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, dentista e agentes comunitários. Sete destas unidades contam também com um enfermeiro ambulatorial.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de enfermagem vinculados às unidades da estratégia Saúde da Família do município de Picos-PI. Foram ao todo 12 participantes, selecionados através dos seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: vinculação à equipe por um período mínimo de três meses, onde exerça suas funções em uma unidade localizada na zona urbana.
- Critérios de exclusão: estar de licença maternidade, licença médica ou férias no período da coleta do material empírico.

3.4 Instrumento para Coleta do Material Empírico

Para obtenção do material empírico utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada, dirigido aos profissionais de enfermagem e elaborado exclusivamente para o presente estudo (APÊNDICE A), composto por seis questões que buscaram obter a compreensão de como se realiza o cuidado de enfermagem à saúde mental no contexto em estudo, conforme definido nos objetivos da pesquisa. Uma vez obtido o consentimento dos sujeitos, foi utilizado como instrumento de registro dos depoimentos, um equipamento de gravação digital.

3.5 Procedimentos para a Produção e Análise do Material Empírico

A rigor, a pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CSN), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a execução do trabalho de campo foram realizados contatos prévios com a Coordenação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Picos - PI, a fim de solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa nas USF. De posse da autorização, procedeu-se o contato direto com as referidas unidades de saúde.

A sistemática adotada durante a realização da entrevista, via de regra, seguiu os mesmos procedimentos. Ao chegar à USF buscava-se o contato diretamente com os profissionais de enfermagem apresentando a autorização institucional. Havendo a disponibilidade e interesse dos profissionais em participar da pesquisa, aguardava-se a conclusão das atividades. No encontro com o profissional eram explicados os objetivos e propósitos da pesquisa, sendo também solicitada a leitura atenciosa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas em sala reservada, com o intuito manter a privacidade do informante e evitar interrupções.

O material empírico foi obtido através da técnica de entrevista semi-estruturada. De acordo com Minayo (2010), a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses de interesse para a pesquisa, e que oferecem amplo campo de interrogativas, à medida que as respostas do informante surgem. Desse modo, oferece ao informante a possibilidade de participar ativamente da produção do conteúdo da pesquisa, já que são oferecidas a ele todas as perspectivas possíveis para seguir livre e espontaneamente a linha de seu pensamento expondo suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador.

A análise do material coletado teve início com a transcrição das falas, seguida da leitura e releitura dos textos resultantes, os quais foram posteriormente organizados e categorizados segundo temas afins. A fim de manter a privacidade, a identificação dos informantes se deu através de codificação, tendo sido atribuídas as siglas “ENF” para enfermeiros, “TE” para técnicos de enfermagem e “AE” para auxiliar de enfermagem, seguido de um número correspondente à ordem em que os mesmos foram entrevistados.

Através desse processo foi possível relacionar as posições identificadas nos textos, em termos de acordo e desacordo com a literatura, conforme a orientação para a análise de discurso na vertente proposta por José Luis Fiorin.

De acordo com Fiorin e Savioli (2002), o texto é um todo organizado de sentidos e um objeto integralmente linguístico e histórico, cuja estrutura comporta três planos distintos

que deverão ser apreendidos na análise: o plano superficial, lugar dos significados mais concretos e diversificados; o plano intermediário, onde são definidos os valores com os quais os sujeitos entram em acordo ou desacordo; e o plano profundo, dos significados mais abstratos.

A análise do discurso se desenvolve, pois, no nível semântico, cujos elementos expressos em um dado contexto histórico constituem o modo de ver o mundo de uma dada conformação social (FIORIN, 2007).

Essa orientação metodológica de análise e a visualização do cuidado dos profissionais de enfermagem frente à saúde mental na ESF, tornaram possível a identificação dos seguintes temas: *Ações da Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: (des)atenção, exclusão e medicalização*; e os *Desafios para o cuidado de enfermagem à saúde mental na estratégia saúde da família: estigmatização e medo do louco e da loucura e fragilidade na formação*.

3.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O estudo foi submetido à avaliação e aprovado com CAAE: 0490.0.045.000-11 (ANEXO) pelo CEP da UFPI para análise dos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do CNS (BRASIL, 1996).

Os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e esclarecidos de que a participação era voluntária, havendo a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa se assim desejarem, sem risco de qualquer penalização ou prejuízos de natureza pessoal. Foi assegurado aos participantes o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo das informações consideradas confidenciais.

De posse dessas informações, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e com isso foi obtido à concordância em participar da pesquisa e o consentimento por escrito, através da assinatura do referido termo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Ações da Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: (des)atenção, exclusão e medicalização

No entendimento de Büchele et al. (2006) a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, é um tipo de ação especial que deve ser desempenhada no município, ampliando uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado.

Silva e Sena (2008), relatam que a integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, que orienta políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

Considerando a Estratégia de Saúde da Família como política de execução das ações primárias de saúde no Brasil, é para este dispositivo que direcionamos nossa reflexão, visto que, a atenção à saúde mental é reconhecida como real desafio no processo de efetivação da ESF por possibilitar a assistência integral e humanizada aos diferentes sujeitos e famílias.

Admite-se que a proximidade da equipe com a comunidade somada à possibilidade de acompanhamento integral longitudinal permitem a abordagem de questões mais complexas do ponto de vista dos seus determinantes sociais. Dentre os problemas de saúde que emergem com essa aproximação, destacam-se justamente as questões de saúde mental.

A inserção na realidade em estudo evidenciou a fragilidade da abordagem integral em saúde mental no contexto em estudo, conforme se observa nas falas abaixo:

“Aqui a gente não desenvolve ações de saúde mental.” (ENF 01)

“Não específica pra saúde mental. Pra saúde mental a gente não desenvolve.” (ENF 02)

“Assim a gente trabalha a saúde mental, mas não tem aquele acompanhamento direto.” (ENF 05)

Observa-se, portanto, que, em geral não são desenvolvidas ações em saúde mental na ESF e quando realizadas são frequentemente ações indiretas, a produção nessa área não é sistemática e tampouco planejada, tudo é feito informalmente no ato do contato com a pessoa em sofrimento psíquico ou não, conforme ela se apresenta no serviço, levando a crer que uma grande parte da comunidade fica sem atendimento específico.

Cavalcante et al. (2011) salientam que o cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores de saúde na atenção básica, provavelmente devido à manutenção e à continuação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais.

No entendimento de Figueiredo (2006), o pouco investimento da Reforma Psiquiátrica na rede básica traz repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, que se mantiveram à parte do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de um cuidado mais inclusivo e reprodutor da vida social. De forma que, todo o movimento em torno da invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e à necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontra raros ecos.

Nessa direção, observa-se que a maioria dos profissionais não incorpora a atenção à saúde mental em suas práticas de saúde e, uma vez que ocorram, compreendem situações pontuais e isoladas. onde tem-se a visita domiciliária como recurso prevalente em termos de ações desenvolvidas junto à pessoa em sofrimento psíquico.

“A gente prefere fazer a visita domiciliar a pessoa que tem algum problema mental, porque às vezes pode acontecer algum transtorno aqui na unidade com as outras pessoas.” (ENF 07)

“O atendimento aos doentes mentais fica mais destinado as visitas domiciliares, vamos pra comunidade fazer as visitas apenas quando solicitadas.” (AE 01)

“A gente acompanha em casa fazendo a visita, temos anotado a medicação que toma, então a médica já transcreve logo a receita azul.” (ENF 02)

Sabe-se que a visita domiciliária é uma estratégia benéfica por permitir o profissional conhecer o ambiente do usuário, convívio, além de propiciar vínculos entre paciente/família/profissional. Contudo, os relatos apontam que a visita domiciliária tem sua função deturpada, uma vez que está sendo usada como forma de afastar o usuário do serviço, com base no entendimento de que ele possa causar transtornos na unidade. Tal postura, além

de reforçar a ideia do louco como sujeito imprevisível e perigoso, demonstra o processo de exclusão e estigmatização ao qual esses sujeitos estão expostos, sugerindo desafios assistenciais importantes relacionados à melhoria da qualidade da assistência.

Uma vez que a visita domiciliária compreende um instrumento importante na qual permite a aproximação entre os profissionais de saúde da família e comunidade, além de, possibilitar a ampliação da compreensão sobre o sofrimento psíquico e suas consequências sociais, como também proporciona a observação do indivíduo dentro do seu contexto, do seu meio ambiente, condições de habitação, de higiene, saneamento básico e relações afetiva/social entre os membros da família. Dessa forma, permite compartilhar conhecimentos que contribuirão para as ações adequadas a serem efetivadas em cada caso.

A esse respeito, Albuquerque e Bosi (2009) relatam que o cuidado domiciliário decorrente da Estratégia Saúde da Família engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família. Também permite uma interface de diálogo entre profissionais de saúde, o indivíduo sob cuidado e sua família, modelo no qual há que se valorizar a subjetividade com criação de vínculo e coresponsabilização dos sujeitos, bem como a ativação de redes sociais voltadas à produção do cuidado em saúde, nos vários contextos.

Nessa mesma perspectiva, Reinaldo e Rocha (2002) relatam que as visitas domiciliárias de enfermagem realizadas pelo enfermeiro da ESF condizem com um instrumento facilitador da assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, na medida em que interagem com o usuário em seu ambiente familiar, orientando a família, contribuindo para que possam conquistar condições de viver, e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva.

Ainda em relação às ações desenvolvidas na ESF e de acordo com os relatos obtidos, os profissionais envolvidos no estudo acabam realizando prioritariamente além da visita domiciliária, a entrega de receituários de psicotrópicos, chamado popularmente de “receita azul”, os quais são prescritos pelos médicos, muitas vezes apenas transcritos repetidamente sem que haja um contato mínimo do profissional com o sujeito, o que pode implicar na repetição de medicamentos sem nenhuma avaliação do paciente. Tal conduta aponta para uma abordagem terapêutica que privilegia a medicalização do sujeito em sofrimento psíquico e da doença, como também denota a desatenção a dimensão psicossocial dos sujeitos.

“Aqui nós temos pacientes psiquiátricos, mas geralmente ele já toma remédio controlado, então ou a gente dar a receita na visita ou o familiar vem ao posto pegar a receita azul”. (ENF 01)

“Os pacientes com transtornos são mais assistidos pelo médico, porque a medicação já é controlada de meses, então ou alguém da família vem pegar a receita azul pra eles, ou quando nós vamos realizar a visita levamos o receituário”. (ENF 07)

“A enfermeira providencia a receita azul, com a medicação que já é previamente anotada de acordo com as medicações que tem no prontuário para o médico assinar, então a receita azul é entregue ou pro familiar do doente, ou na visita”. (TE 01)

Dessa forma, evidencia-se uma assistência em saúde mental fragmentada que privilegia uma tendência terapêutica medicamentosa, mostrando uma presença forte do modelo médico-centrado em detrimento a dimensão psicossocial dos usuários, vendo a medicalização como única possibilidade. Contrapondo assim, às orientações da atual Política Nacional de Saúde Mental que, apoiada na lei 10.216/01, preconiza a atenção psicossocial atenta às complexidades e especificidades do sujeito em sofrimento psíquico.

Quando priorizar-se a medicalização, geralmente resulta numa diminuição da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas desses sujeitos, podendo remeter-se a um consumo abusivo, casos dependência excessiva, alienação e internação. Logo a terapêutica não pode limitar-se a este procedimento, o essencial é que a assistência à saúde mental esteja sempre associada a outras modalidades de tratamento.

Para Cardoso e Galera (2009), uma vez que a enfermagem é uma profissão diretamente ligada ao tratamento e ao cotidiano desses pacientes, pode-se promover o estabelecimento de uma aliança terapêutica, suporte e manutenção do tratamento, além de propiciar a identificação das ocorrências cotidianas que possam interferir na adesão do paciente ao tratamento.

Os referidos autores relatam que lidar com saúde mental exige significativa atenção de todos os profissionais envolvidos, uma vez que influencia todo o universo pessoal, profissional e social que engloba o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Rocha e Barcelos (2010) afirmam que o cuidado de enfermagem em saúde mental também diz respeito a: estar atento ao sofrimento psíquico do sujeito, observando suas queixas no que diz respeito às suas tristezas, dificuldades de adaptação à situação de vida, faixa-etária, doenças e perdas. O profissional através de sua relação de ajuda precisa, junto ao cliente, discutir (principalmente ouvir) a situação de forma tal que esta fique mais clara. Isso

requer ter disponibilidade interna para o exercício da autoconscientização para o trabalho em saúde mental. O relacionamento interpessoal promove mudanças, é provocador e afeta (no sentido de mobilizar afetos também) ambos os lados. O efeito transformador é mútuo.

O enfermeiro, juntamente com os demais profissionais da equipe em que atua, deve promover reflexões de modo a esclarecer quais ações podem ser mais eficazes para contribuir com o sucesso do tratamento de cada usuário que estiver sob seus cuidados, pois a melhora da pessoa em sofrimento psíquico tem muito a ver com a afetividade e a continuidade com que possa ser acolhida e cuidada, e não apenas pelas maneiras formais em que os tratamentos são preconizados (SIDNÉIA, 2009).

No entanto, para a maioria dos profissionais participantes desse estudo, a importância do cuidado de enfermagem aos sujeitos em sofrimento psíquico acaba muitas vezes sendo banalizado e a responsabilidade é atribuída a outros profissionais. Nesse enfoque, ao identificarem algum problema ou necessidade em saúde mental, fazem logo o encaminhamento aos serviços especializados disponíveis na região.

“Diretamente não desenvolvo ações, porque acredito que trabalhar com saúde mental é muito complexo, então a gente acha melhor sempre encaminhar esse paciente”. (ENF 04)

“Aqui nessa unidade já encaminha logo para os serviços especializados na área, e depois ficamos responsáveis somente pela entrega “da receita azul” seja quando um familiar, seja quando vamos realizar a visita.”(TE 01)

Com isso, percebe-se que o cuidado de enfermagem em saúde mental na ESF é dependente da atenção especializada, uma vez que privilegia o encaminhamento dos problemas e necessidades desses sujeitos a outros serviços.

Para Büchele et al. (2006), o encaminhamento dos usuários de saúde mental para os especialistas faz parte do processo de atendimento integral de atenção. No entanto, não deve haver uma separação dos usuários no sistema, pois estigmatiza o sujeito portador de transtorno psiquiátrico. A ESF deve valorizar o acolhimento, o que pressupõe a inversão de um modelo técnico assistencial por outro mais humanizado voltado à promoção da saúde, no seu sentido positivo, ou seja, com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, político, cultural, interagindo com as diversas instâncias em diferentes níveis.

Disso conclui-se que, mesmo havendo necessidade de encaminhamento, isso não impede que sejam desenvolvidas ações em saúde mental na atenção básica, ao considerarmos a lógica do modelo de atenção adotado pela ESF. Assim, independentemente do percurso que o usuário percorra aos longo da rede de serviços, ele deve ser acompanhado pela equipe de atenção básica quanto a seus vínculos, sua cultura, sua inserção no território, entre outros componentes que forem pertinentes à situação.

Pesquisa realizada por Souza (2009) aponta que, embora exista a preocupação do Ministério da Saúde em promover uma articulação entre as ações da rede de atenção em saúde mental e PSF, esta parece não estar se dando de forma efetiva e igualmente distribuída no país. Em um estudo acerca dos caminhos e impasses necessários para a inclusão da saúde mental na ESF de Cuiabá, Mato Grosso, Lucchese et al. (2009) verificou que as ações eram realizadas numa concepção leiga da doença mental e tratamento, e o recurso do encaminhamento para a rede especializada era habitualmente acionado.

Já em estudo realizado em uma unidade da ESF de Caucaia, Ceará, onde pesquisou-se a prática do médico e do enfermeiro no serviço, Nascimento e Braga (2004) constataram que estes profissionais desenvolvem as ações de saúde mental dentro da lógica de programação em saúde, cumprindo o protocolo proposto, de maneira que a medicalização e o encaminhamento tornam-se os instrumentos de escolha.

Considerando as proposições da Política Nacional de Saúde Mental, espera-se que os profissionais da ESF encaminhem apenas casos de sujeitos em sofrimento psíquico que realmente necessitam de uma atenção mais especializada, por um período de tempo determinado, como ocorre, por exemplo, nas situações de crise. Não obstante, para que essa conduta se concretize nas realidades dos serviços, é necessário que haja uma capacitação adequada dos profissionais, principalmente no sentido de desenvolver habilidades para realizar parcerias e construir uma rede de ações e serviços, com potencial para promover uma mudança estrutural no cuidado à saúde mental (RODRIGUES et al., 2010).

4.2 Desafios para o Cuidado de Enfermagem à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: estigmatização e medo do louco e da loucura e fragilidade na formação

A Enfermagem, historicamente, vem reorganizando suas práticas em saúde, obtendo muitas conquistas, além de, apresentar um grande compromisso com a Saúde Pública Brasileira, em especial nesse caso o enfermeiro pertencente a ESF, o qual desempenha, na

maioria das vezes, o gerenciamento do serviço e diversas atribuições desenvolvidas junto a família, sujeito e comunidade.

Os enfermeiros integrantes desse estudo referem que a sobreposição de tarefas de administrativas e assistenciais, além da demanda excessiva e a série de programas a serem cumpridos, acabam por dificultar a efetivação do cuidado em saúde mental.

“As dificuldades são várias, porque o enfermeiro ele é generalista, acaba ficando muitas atribuições para nós, lidamos com criança, com o idoso, a gestante, o hipertenso, o diabético e a saúde mental acaba ficando de lado.” (ENF 01)

“Você detém uma grande parte do seu tempo para trabalhar em cima destes outros programas e você termina por esquecer a saúde mental propriamente dita.” (ENF 04)

“Tem que lidar com toda a parte burocrática, de produções, muitas vezes tem que fazer até produções de colegas, ou seja, o enfermeiro é quem faz o serviço andar. Então com tantas atribuições a gente acaba encaminhando os casos de saúde mental”. (ENF 01)

A partir desses relatos, evidencia-se uma contradição importante, pois embora assumam muitas atribuições, próprias da organização das ações no contexto da ESF, os mesmos referem desenvolver os programas preconizados na atenção básica. Em relação a atenção à saúde mental, esta tarefa acaba deixada de lado, realizando habitualmente o encaminhamento, pois acreditam já possuírem muitas responsabilidades e, conseqüentemente resulta em não efetivarem ações nesse sentido.

Com isso, percebe-se a necessidade de intervenções no processo de produção de serviços e no trabalho dos profissionais, redefinindo-se objetos, métodos e instrumentos, na perspectiva do enfrentamento dos problemas impostos nessa realidade, priorizando a integralidade da assistência à comunidade.

Nessa direção, Neto e Sampaio (2007) afirmam que, ao dividir-se no trabalho, com a responsabilidade de gerenciar o território e prestar cuidados de enfermagem a um determinado número de famílias vinculadas a ESF, o enfermeiro poderá, talvez, não conseguir dar conta dos dois como deveria, por uma questão de demanda/tempo.

De acordo com os autores supracitados, a principal dificuldade encontrada pelos profissionais é a conciliação das atividades de enfermagem e gerenciamento, pois, as competências gerenciais que são requeridas no território têm uma complexidade inestimável e as atribuições que são apontadas pela Política Nacional de Atenção Básica que o enfermeiro deve exercer na atenção são totalmente vultosas.

Outro ponto destacado pelos informantes refere-se a falta de capacitação para os profissionais da ESF na área da saúde mental, aspecto este apontado como a principal dificuldade para o desenvolvimento seguro da atenção nessa área. Os profissionais sentem-se pouco habilitados para desenvolver ações em saúde mental, havendo aqueles que se declaram sem condições técnicas para realizá-las.

“Aqui as coisas são muito desintegradas porque são vários programas e a gente acaba não dando conta de tudo. Então as duas dificuldades são a grande demanda de programas e a falta de treinamento, de educação permanente em saúde mental.” (ENF 05)

“Não me sinto preparada para lidar em saúde mental e nem o restante da equipe, deveria haver ao menos capacitações, porque aqui proposto nunca teve qualificação nessa área.” (TE 01)

“Para a unidade já tivemos vários tipos de capacitação, sobre vacinação, hiperdia, puericultura, pré-natal entre outras, mas nunca em saúde mental.” (ENF 04)

Para Jucá, Nunes e Barreto (2009) torna-se urgente que desenvolvamos algumas estratégias que possam auxiliar as equipes da ESF entrarem na rede de cuidados em saúde mental. Cursos de capacitação seriam úteis no sentido de facilitar a transmissão de conhecimentos importantes acerca da reforma psiquiátrica e do próprio sofrimento mental, o que auxiliaria esses profissionais a desenvolverem um idioma comum que lhes possibilitasse compartilhar algumas percepções.

Para estes autores deve haver formas de ajuda mais permanentes, como um supervisor ou uma equipe de profissionais a quem o ESF pudesse recorrer para melhor pensar como trabalhar as situações referentes ao sofrimento mental, identificando inclusive qual o momento em que o encaminhamento para um serviço especializado se faria realmente necessário.

Silva et al. (2005) verificou que os enfermeiros do PSF reconhecem a importância dos princípios do SUS que orientam a construção de um modelo de assistência à saúde, no qual a saúde mental pode ser contemplada. Para tanto, os enfermeiros afirmam como uma das necessidades imediatas das equipes do PSF, a importância da educação permanente para capacitar os profissionais da equipe a abranger a complexidade e a dinâmica que as questões de saúde mental envolvem e requerem atualmente.

A questão da capacitação em saúde mental está relacionada à possibilidade de apropriação de saberes e práticas que completem a perspectiva psicossocial. Esta questão está

sendo pensada na reestruturação da assistência psiquiátrica, que preconiza a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família (BRASIL, 2004).

O apoio matricial compreende um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Assim, a equipe compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades ou em atendimento em equipes (BRASIL, 2004).

Em um estudo realizado por Lemos et al. (2007) observou-se a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica e um maior envolvimento da comunidade junto a ESF, pois só com o desenvolvimento de ações conjuntas, qualificadas e multiprofissionais, com suporte familiar, atividades em grupo, disponibilidade de serviços de referência e contra-referência, poderemos almejar uma desinstitucionalização do portador de transtorno mental e sua reinserção na sociedade. Ações, que se não iniciadas precocemente, poderemos nos deparar com uma atenção básica feita somente de procedimentos pré-estabelecidos, sem humanização das ações.

Ainda nessa direção, alguns profissionais indicaram em seus relatos a fragilidade da formação obtida em saúde mental, tanto na graduação quanto por ocasião do exercício da profissional na atenção básica, fragilidade esta que é sentida e lamentada no momento em que se veem diante de necessidades e problemas relacionados à saúde mental dos sujeitos na comunidade na qual atuam. Percebe-se que, associada a essa formação precária, encontra-se os sentimentos de anseios, medo, preconceito, que emergem como importantes desafios que se colocam desde a formação inicial e que muitas vezes permanecem para além da graduação, podendo desencadear a não realização de cuidado humanizado e integral a estes sujeitos.

“Na minha graduação eu tinha muito medo e anseio, deixei as disciplinas de enfermagem psiquiátrica um pouco de lado e agora tenho muita dificuldade em lidar com problemas mentais da unidade”. (ENF 01)

“Eu acho que nem as Universidades e nem os cursos técnicos preparam bem a enfermagem na saúde mental, essa área é carregada de medos e preconceitos na maioria dos ambientes.” (ENF 09)

“Eu paguei a disciplina de saúde mental na minha graduação, mas não dei tanta ênfase, tenho medo e não me identifico com essa área, então acabo tendo dificuldade com os pacientes do posto.” (ENF 07)

Destaca-se, nesse sentido, que essa relação de medo em relação aos problemas e necessidades de saúde mental é herdeira do enfrentamento histórico desses problemas, fundando no entendimento da loucura como perda da razão e da capacidade de estabelecer relação com o mundo e as pessoas, e do louco como um sujeito perigoso e imprevisível. Tal perspectiva construída historicamente, ainda que venha sendo combatida pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, tanto no âmbito do discurso quando na prática, permanece imersa no imaginário da sociedade, determinando de forma perigosa o olhar e a conduta dos profissionais em relação a esses sujeitos.

Assim, conforme afirma Ribeiro et al. (2010), trabalhar com os sujeitos em sofrimento psíquico requer romper com os próprios preconceitos, pois a visão que se tem quando se fala em doente mental está ligada a manicômio, periculosidade, trazendo como consequência o medo, e essa imagem é difícil de apagar, uma vez que permanece enraizada na nossa cultura.

O próprio sentido atribuído ao processo de desinstitucionalização da loucura pelo movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, desde as suas primeiras proposições, denota a complexidade do processo de transformação da atenção em saúde mental no país, uma vez que reconhece que é preciso ir além da retirada desses sujeitos dos manicômios, vinculando-os a serviços abertos e articulados em rede. É preciso, pois, desconstruir as instituições reais e simbólicas, que permanecem aprisionam esses sujeitos, negando sua subjetividade, seus direitos de cidadania, sua autonomia, rompendo com a lógica manicomial e buscando construir uma relação mais justa e humana entre sujeitos em sofrimento psíquico e sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo permitiu compreender como se estabelece o cuidado de enfermagem em saúde mental no contexto da ESF, tendo em vista que este cenário possibilita a assistência integral e humanizada aos diferentes sujeitos e famílias, além de se constituir como espaço privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental.

De acordo com os resultados, em geral não são desenvolvidas ações em saúde mental na ESF e, quando realizadas, são com frequência ações pontuais e indiretas. Assim, o cuidado nesse âmbito não é sistemático e tampouco planejado, se realizando conforme o sujeito em sofrimento psíquico se apresenta no serviço, o que sugere que parte considerável dos usuários fica sem atendimento e acompanhamento específico.

A visita domiciliária se apresenta como um recurso para atendimento a esses sujeitos, favorecendo o contato do serviço com esse público. No entanto, tem sua função descaracterizada na medida em que é utilizada como forma de afastar o usuário do serviço, sob o argumento de evitar eventuais “transtornos” que a presença desses sujeitos poderia causar, demonstrando o processo de exclusão, estigmatização ao qual os sujeitos estão historicamente submetidos, o que sugere desafios assistenciais importantes relacionados à melhoria da qualidade da assistência.

Uma vez descaracterizada, a visita domiciliária se realiza estritamente para entrega de receituários de psicotrópicos, que são prescritos ou apenas transcritos pelos médicos, e entregues pelos enfermeiros, sem nenhuma avaliação mais criteriosa do paciente, ressaltando uma abordagem terapêutica que privilegia a medicalização do sujeito em sofrimento psíquico e da doença, e conseqüente desatenção à dimensão psicossocial que perpassa a vivência dos mesmos.

Destaca-se ainda a dependência da atenção especializada para o atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, que se realiza através da opção pelo encaminhamento quando é identificada alguma necessidade de atenção em saúde mental. Tal conduta indica, que os profissionais podem não estar valorizando a importância de seus cuidados frente a esses sujeitos e, desse modo, suas reais contribuições são desprezadas e a responsabilidade pelo cuidado é atribuída a outros profissionais.

No que concerne às dificuldades enfrentadas na atenção em saúde mental no contexto investigado, encontra-se a sobreposição de tarefas administrativas e assistenciais,

demanda excessiva e a série de programas a serem cumpridos. Soma-se a esses fatores a falta de preparado teórico-conceitual dos profissionais quanto às proposições e práticas de atenção à saúde mental condizentes com as diretrizes da política nacional específica para a área. Desse modo, os profissionais de enfermagem sentem-se pouco habilitados para planejar e implementar ações e alguns até relatam sem condições de realizá-las, colocando a falta de capacitação e educação permanente como impedimentos para efetivarem a atenção à saúde mental.

Ainda nessa direção, o medo de lidar com o sofrimento psíquico, e o preconceito a ele associado em relação ao louco e à loucura, emergem como importantes desafios a serem superados, uma vez que desencadeiam a não realização de um trabalho assistencial integral e humanizado para estes sujeitos.

A trajetória deste estudo possibilitou uma maior compreensão acerca da complexidade desse tema, levando-nos a repensar nossa prática profissional, como também permitiu conhecermos as principais dificuldades que devem ser superadas bem como os avanços obtidos, tendo em vista a melhoria desse cuidado.

Enfatiza-se, contudo, a necessidade de realização de mais estudos que abordem essa temática, em diferentes contextos de atuação, permitindo um conhecimento mais aprofundado acerca do cotidiano no cuidar de enfermagem aos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como traçar estratégias que possam ampliar as ações desses profissionais em saúde mental na ESF que venham a favorecer a efetividade e a qualidade no cuidado prestado.

Considera-se a necessidade de que sejam tomadas medidas tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde mental, em contrapartida ao cuidado fragmentado que só compromete a situação vivenciada pelos usuários, e que, na maioria das vezes, é baseado no preconceito em relação a esses sujeitos com conseqüente desatenção ao seu sofrimento e necessidades de vida e saúde.

Diante disso, sugere-se o investimento contínuo em estratégias de promoção de diálogo e o estabelecimento de parcerias entre os diferentes serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental. Tais estratégias devem ter como finalidade primordial favorecer um trabalho mais próximo entre unidades da ESF e os CAPS, concretizando, desse modo, não somente o papel estratégico que esse último deve assumir na articulação e tecimento da rede, mas, sobretudo, sua função de apoio matricial, a partir da capacitação, orientação, supervisão e acompanhamento das equipes da Estratégia Saúde da Família no cuidado cotidiano aos sujeitos em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.
- ANTUNES, S.M.M.O. ; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan, 2007.
- BRASIL. Resolução 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília- DF, v. 4, n. 2, supl.,p.15-25, 1996.
- BRASIL. Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde .Coordenação Geral de Saúde Mental. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários, inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília,2004
- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**.OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15anos_caracas.pdf > Acesso em: 24 de setembro de 2011.
- BRÊDA, M. Z. ; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p. 450-452, 2005.
- BÜCHELE, F.; LAURINDO, D. L. P.; BORGES, V.F.; COELHO, E. B. S. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm**, v. 3, n. 11, p. 226-33, 2006.
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista Esc. Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 161-7, 2009.
- CAVALCANTE, C. M.; PINTO, D. M.; CARVALHO, A. Z. T. C.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. Desafios do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 102-108, abr/jun., 2011.
- FIGUEIREDO, M. D. **A saúde mental na atenção básica : um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS**. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.
- FIORIN, J. L., SAVIOLI, F. P. **Lições de texto: leitura e redação**. São Paulo: Ática, 2002.
- FIORIN, J. L. **Linguagem e Ideologia**. 8.ed. São Paulo: Ática, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6^o.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 175p.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.1641-1650, jul, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Dados populacionais**. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 24 de setembro de 2011.

JUCÁ, V. J. S; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.173-182, 2009.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2009. 871p.

LEMO, S. S.; LEMOS, M.; SOUZA, M. G. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. **Arq Ciência Saúde**, v. 14, n. 4, p. 198-202, 2007.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIAN, M. E.; MARCON, S. M. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminho e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set, 2009.

MIEILKE, F. B.; OLCZOWSKY, A. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 900-907, Brasília, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 200p.

NASCIMENTO, A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental; a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia. **Revista Cogitare Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 9, n. 1, p. 84-93, 2004.

NETO, F. R. G; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do Território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-95, nov-dez, 2007.

NEVES, H. G; LUCCHESI, R; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 666- 670, jul-ago, 2010.

NUNES, M. ; JUCÁ, V. J. ; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out, 2007.

PICOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Picos, 2010.

- PINHO, L. B.; HERNANDÉZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em Saúde Mental: Contradições e Desafios no Contexto da Reforma Psiquiátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 260-267, 2010.
- RIBEIRO, M. R; MEDEIROS, S. M; ALBUQUERQUE, J. S; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e Enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 376-82, 2010.
- REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita Domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p.36-41, 2002. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 23 mai 2012.
- ROCHA, G.; BARCELOS, I. C. R. R. A Relação Intersubjetiva no Cuidar de Enfermagem em Saúde Mental: competência para o cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v. 2, p. 921-925, out./dez. 2010. Suplemento.
- RODRIGUES, J.; PINHO, L. B; SPRICIGO, J. S.; SANTOS, S. M. A. Uso da criatividade e da Tecnologia no Ensino da Crise em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2010.
- SANTOS, A. C. C. F. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 51-55, jan, 2009.
- SIDNÉIA, S. S.; APARECIDA, D. S.; RONDON, C. M. R; VILLELA, B. S. M. O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos ; aspectos históricos. **Rev Enferm Herediana**, v. 2, n. 2, p. 99-104, 2009.
- SILVA, A. T. M. C.; SILVA, C. R. S. C.; FILHA, M. O. F.; NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, S.; SANTOS, K. K. G. A. Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev Bras Enf**, v. 58, n. 4, p. 411-5, jul./ago, 2005.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde; indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.
- SILVA, S. S.; DINIZ, S. A.; COSTACURTA, M. R. R.; BUENO, S. M. V. O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. **Rev Enferm Herediana**, v. 2, n. 2, p. 99-104, 2009.
- SOUZA, M. L. P. A. Invisibilidade dos transtornos mentais no programa saúde da família no Brasil. **Psychiatry on line Brazil**, v. 14, n. 3, p. 1-4, mar., 2009. Disponível em.<<http://www.polbr.med.br/ano09/art0309.php>> . Acesso:16 abr.2012.
- SOUZA , A. C. ; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.
- SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007.

APÊNDICES

APÊNCIDE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- 1º) O que você entende por saúde mental?
- 2º) Essa unidade saúde desenvolve ações de saúde mental? Que profissionais desenvolvem essas ações?
- 3º) Você identifica na área de abrangência da unidade problemas de saúde mental?
- 4º) Você acredita que é possível realizar ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família? Porquê?
- 5º) Quais são as dificuldades encontradas na efetivação da atenção à saúde mental em sua realidade de trabalho?
- 6º) Para você, qual o papel da enfermagem na atenção à saúde mental da ESF?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador responsável: Ana Karla Sousa de Oliveira

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Bacharelado em Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Pesquisador participante: Layla Nascimento Luz

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9912-9598

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

O(a) senhor(a) terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Eu discuti com a acadêmica _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO

ANEXO – CARTA DE APROVAÇÃO

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p>
---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Cuidado de enfermagem em saúde mental na estratégia saúde da família.
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0490.0.045.000-11
Pesquisador Responsável Ana Karla Sousa de Oliveira

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

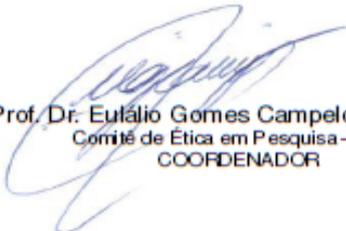
Julho2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 19/12/2011

Teresina, 20 de Dezembro de 2011.


 Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR