



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
TECENDO REDES E ATANDO NÓS**

HELENA KAROLYNE ARRUDA GUEDES

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

**SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
TECENDO REDES E ATANDO NÓS**

HELENA KAROLYNE ARRUDA GUEDES

**SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
TECENDO REDES E ATANDO NÓS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
Co-orientador: Prof. Ms. José Ferreira Júnior

CAJAZEIRAS-PB
2010



G924s Guedes, Helena Karolyne Arruda.
Situando a saúde mental na estratégia de saúde da família: tecendo redes e atando nós / Helena Karolyne Arruda Guedes. - Cajazeiras, 2010.
44f. : il. color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.
Contem Bibliografia, Apêndice e Anexos.

1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Atenção básica. 4. Enfermagem. I. Oliveira, Francisca Bezerra de. II. Junior, Jose Ferreira Lima. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616.89

HELENA KAROLYNE ARRUDA GUEDES

**SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
TECENDO REDES E ATANDO NÓS**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof^ª. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
(Orientadora)**

**Prof. Ms. José Ferreira Júnior
(Co-orientador)**

**Prof^ª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Examinador)**

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

Não preciso ver para ter a certeza de que ele existe: apenas fecho os olhos por um instante e sinto sua presença em minha vida. Por todas as pessoas maravilhosas que tenho ao meu redor, pelas oportunidades concedidas, as quais me fizeram um ser humano cada vez mais maduro e sensível.

À Deus, dedico.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas bênçãos cotidianas.

À mainha e painho, que com amor e dedicação conseguiram me fazer ver o mundo de uma forma madura, responsável e mais humana. Vocês são um grande exemplo para mim.

Ao meu noivo, Wilson Segundo, que apesar da distância, sempre esteve presente em minha vida pessoal e acadêmica, com seus conselhos e incentivos que me impulsionaram a buscar sempre o melhor e a dar o melhor de mim. Além de ser o meu grande e único amor, você é também companheiro, amigo e irmão. Te amo meu amor.

À minha irmã Anna Karyne, por ter me compreendido e me ajudado nas horas mais difíceis, nas provas, nos trabalhos acadêmicos; por ter me ensinado a aceitar as pessoas da forma como elas são.

Aos tios Nady (Coca) e Evandy (Vando). Tenho por vocês imensa admiração. Deus foi extremamente generoso comigo, pois me concedeu duas mães e dois pais. Por todo carinho e amor, pelo exemplo de vida e pelo empenho na minha educação.

À toda minha família: tios, tias, primos, primas, sogro, sogra e cunhados. Pelo companheirismo!

Aos grandes amigos, Luciana Moura e João, pelo carinho, consideração e apoio dedicados durante toda a minha caminhada acadêmica. Nossa amizade é sincera e verdadeira! Obrigada por tudo. Sempre serei amiga de vocês.

À minha turma, com quem dividi momentos de solidariedade, amizade, emoção e também de dificuldades e com quem aprendi a respeitar as diferenças.

À amiga Ariadne, que com seu jeito alegre, otimista e determinado de ser, sempre me incentivou a superar as dificuldades e a vencer os obstáculos da vida. Com você, partilhei um dos momentos mais difíceis de minha vida e foi com você que aprendi que mesmo nas maiores dificuldades, podemos viver com alegria.

À Geruza, por ter me acolhido em sua casa no início do curso, em um momento em que eu ainda não conhecia nada na cidade de Cajazeiras.

À Professora Francisca Bezerra que proporcionou junto ao PIBIC/CNPq, o meu crescimento intelectual, reforçou meu desejo de seguir a decência e me ensinou a ser uma pessoa mais responsável e dedicada. Tenho uma grande admiração por você professora e espero um dia poder chegar ao seu nível intelectual, mas, com sua simplicidade e dedicação.

Ao Professor José Ferreira Júnior pela disponibilidade em contribuir com meu Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela atenção, gentileza e simplicidade.

À todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram para minha formação intelectual e pessoal. Em especial aos professores: Luciana Moura, Dionísio, Sérgio, Cezário, Kennia, Antônio, Berenice, Rose, Cynara, Anúbes, Mônica e Rosália.

À enfermeira Kenna, preceptora do meu Estágio Supervisionado I, pela dedicação, compreensão, carinho dedicados durante o ensino da prática. Com você aprendi a ser mais decidida, segura e a buscar sempre mais o conhecimento, trabalhando de forma ética, mesmo quando todos querem fazer o contrário.

À Tâmara, Natália e Thalyne, pelo imenso apoio e pela parceria estabelecida no PIBIC. Foi ótimo trabalhar com vocês.

Às amigas Leily Anne e Carmem, por todo o apoio e pela nossa parceria na universidade e na vida. Adoro vocês.

À Romulo, Gilmar e Lidiane, amigos do laboratório de informática, que sempre estiveram dispostos à ajudar nos trabalhos acadêmicos. Obrigada pela força!

À Cocó (motorista do ônibus de Pombal) e aos demais colegas de viagem, que me acompanharam nesta caminhada tão difícil, porém tão prazerosa durante minha formação.

À todos os profissionais do Centro de Formação de Professores- CFP e da Escola técnica de Enfermagem.

Aos profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras, pela atenção e disponibilidade para ensinar.

À todos os desconhecidos com quem desabafei e também ouvi suas experiências de vida, que me ensinaram a ser mais madura e a entender as diferenças. Obrigada!

RESUMO

GUEDES, H. K. A. **Situando a Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: tecendo redes e atando nós.** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida(UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2010.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por atores sociais diversificados, incidindo nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nas associações de usuários, familiares e amigos do CAPS e no imaginário social. Um dos conceitos fundamentais deste movimento é o de reabilitação psicossocial, que representa um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para resgatar a autonomia do usuário. A Reforma Psiquiátrica tem como palavra chave a desinstitucionalização compreendida como a construção de novos conceitos e práticas em saúde mental, com ênfase no usuário, família e comunidade. Articula-se a esse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que trabalha nessa mesma perspectiva, incorporada no cotidiano da comunidade, objetivando a prevenção de doença, a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente. Este estudo buscou conhecer as práticas de produção do cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos Enfermeiros (as) das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Pombal – PB; identificar se os enfermeiros (as) das equipes multiprofissionais das ESF desenvolvem ações programáticas específicas para atender a demanda de saúde mental; pesquisar como os enfermeiros (as) das equipes de trabalho controlam os medicamentos utilizados pelos usuários com transtornos psíquicos e compreender se estes profissionais das ESF se sentem preparados para atuar no campo da saúde mental. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em todas as Unidades de Saúde da Família do município de Pombal / PB. Os sujeitos da pesquisa foram 11 Enfermeiros que trabalham nas ESF. A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário contendo questões objetivas referente aos dados pessoais/profissionais e um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões que nortearam as narrativas em direção aos objetivos do estudo. Os dados quantitativos foram analisados através do índice de frequência e percentual. Os dados qualitativos foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, em sua modalidade de análise temática. Constatou-se que os sujeitos do estudo são exclusivamente do sexo feminino, encontram-se em sua maioria na faixa etária de 23 a 40 anos e são predominantemente casadas. Em relação à formação profissional todas concluíram o curso em instituições particulares e no período de 1983 a 2010. Todas cursaram a disciplina saúde mental e o hospital de modelo tradicional foi o principal campo de estágio. A maioria tem experiência de trabalho na ESF superior a 6 meses. Na segunda etapa da pesquisa constatou-se que alguns enfermeiros ainda trabalham com conceitos psiquiátricos fundamentados no modelo biológico evidenciando a necessidade da ruptura com esse paradigma de atenção, por meio de cursos de capacitação em saúde mental. Esta pesquisa buscou contribuir com reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de (re) inserção social, assim como a necessidade da implementação de políticas públicas municipais que promovam articulação entre saúde mental e atenção básica.

Palavras - chave: Saúde Mental. Atenção Básica. Enfermagem.

ABSTRACT

GUEDES, H. K. A. **Situating Mental Health in the Family Health Strategy: building networks and tying knots.** Completion of course work (TCC) - Academic Unit of Life Sciences (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2010.

Psychiatric Reform is a complex social and political process, composed of diverse social actors, focusing on federal, state and municipal governments, universities, associations of users, their families and friends of CAPS and the social imaginary. One of the fundamental concepts of this movement is the psychosocial rehabilitation, which represents a set of programs and services that are developed to recover the autonomy of the user. The Psychiatric Reform has the keyword deinstitutionalization understood as the construction of new concepts and practices in mental health, with emphasis on the user, family and community. Ties in this context, the Family Health Strategy (FHS) working in the same context, embedded in everyday community aimed at preventing disease, promoting health and improving quality of life of patients. This study sought to investigate the production practices of mental health care developed by nurses (as) Teams of the Family Health Strategy for the municipality of Pombal - PB; identify if nurses (as) of multidisciplinary teams of the ESF develop specific programmatic actions to meet the demand for mental health; search as nurse (as) of work teams control drugs used by users with mental disorders and to understand if these professionals if the ESF feel prepared to work in the mental health field. This is an exploratory study with a qualitative approach. The research was conducted in all health units in the municipality of Pombal Family / PB. The study subjects were 11 nurses who work in the ESF. The researcher has faithfully followed the ethical observances of Resolution 196/96 of the National Health. The instruments of data collection were a questionnaire containing questions relating to personal / professional and an interview guide with semi-structured questions that guide the narratives toward the goals of the study. Quantitative data were analyzed using the index of frequency and percentage. Qualitative data were analyzed using content analysis in their mode of thematic analysis. It was found that the study subjects are exclusively female, are mostly aged 23-40 years and are mostly married. Regarding the training completed the course private institutions and in the period 1983 to 2010. All were enrolled in the discipline and mental health hospital in the traditional model was the main training field. Most have work experience in FHS over six months. In the second stage of the research found that some nurses still work with psychiatric concepts based on the biological model highlighting the need to break this paradigm of care, through training courses on mental health. This research sought to contribute to discussions about health care for people in psychological distress and its process of (re) social inclusion and the need for implementation of municipal public policies that promote coordination between mental health and primary health care.

Key - words: Mental Health. Primary Care. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 História das Políticas de saúde e saúde mental no Brasil: uma revisão.....	15
3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	17
3.2 Saúde Mental na Atenção Básica: articulação com a Estratégia de Saúde da Família .	21
3.2.1 CAPS: colocando em prática a articulação saúde mental e ESF	22
3.2.2 A saúde mental na ESF e o trabalho da equipe multiprofissional	23
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Local e sujeitos da pesquisa.....	25
4.3 Posicionamento ético da pesquisadora	26
4.4 Instrumento e coleta de dados	26
4.5 Análise dos dados.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5.1 O perfil dos enfermeiros da ESF das ESFs do município de Pombal –PB.....	28
5.1.1 Sexo e idade	28
5.1.2 formação profissional	29
5.2 Análise temática	33
5.2.1 Ações de saúde mental desenvolvidas pelas Enfermeiras das Estratégias de Saúde da Família	33
5.2.2 Desafios para a integração das atividades na assistência em saúde mental	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
Apêndice A – Questionário	
Apêndice B –Entrevista semi-estruturada	
ANEXOS	48
Anexo A- Ofício à Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo C- Termo de responsabilidade e compromisso do professor orientador	
Anexo D- Termo de responsabilidade e compromisso do orientando	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição percentual dos participantes segundo duas faixas etárias. Pombal –PB, 2010	29
Gráfico 2- Distribuição percentual dos campos de estágio em Saúde Mental. Pombal – PB, 2010	30
Gráfico 3- Distribuição percentual dos participantes segundo o ano de conclusão do curso. Pombal - PB, 2010	31
Gráfico 4- Distribuição percentual dos participantes segundo o tempo de experiência laboral na Estratégia de Saúde da Família. Pombal – PB, 2010	32

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas tem vislumbrado a transformação cultural e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Neste contexto, merece destaque o movimento pela Reforma Psiquiátrica que começa a surgir no Brasil, no fim da década de 70, impulsionada pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por atores sociais diversificados, incidindo nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nas associações de usuários, familiares e amigos do CAPS e no imaginário social. Um dos conceitos fundamentais deste movimento é o de reabilitação psicossocial, que representa um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para resgatar a autonomia do usuário. Trata-se de um processo que objetiva o aumento da capacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e afetivas em diversos lugares: no trabalho, na família, na sociedade.

Nessa perspectiva, a Reforma é compreendida ainda, como um novo paradigma em saúde mental, ou seja, como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental. É também marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. É partir da Reforma que o usuário passa a ser visto como um ator social importante, como um ser que apresenta potencialidades, com pleno direito à cidadania, à autonomia, ao acolhimento e a uma assistência de qualidade, em serviços como os Centros de atenção psicossocial (CAPS), de base comunitária (OLIVEIRA, 2002).

Hirdes (2009) aponta este movimento como um instrumento que possibilita a construção de novas abordagens, princípios e valores às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionando novas formas de cuidar em saúde mental.

Alguns anos depois do início do movimento pela Reforma Psiquiátrica, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que constituiu um marco para o avanço da saúde pública brasileira, bem como para a Reforma e demais discussões no campo da saúde mental. Nessa ocasião, foi definido um novo modelo de atenção em saúde, servindo como base para a elaboração da Constituição de 1988. A partir de então, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade, e como diretrizes organizativas a descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social (MACHADO; MOCINHO, 2003).

Todos esses princípios permitiram a estruturação de serviços de saúde, com ênfase na atenção básica, que tem como principal modalidade de atuação a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta foi criada em 1994, pelo Governo Federal e é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, tendo como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial biomédico - centrado na doença e no tratamento -, para um modelo com foco na saúde do sujeito (AMARANTE, 2007).

A equipe de saúde da família passa a agir de forma mais abrangente, sendo responsável não só pela assistência ao paciente, família e sociedade, como também pela atuação frente à identificação precoce e agravamento dos transtornos psíquicos. Ao contrário do que se imagina, a ESF deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outros), mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de Atenção Básica, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental em sua realidade (BRASIL, 2005).

Desta forma, considera-se que é de suma importância a interface entre saúde mental e atenção primária por esta última apresentar uma proximidade com famílias e comunidades, configurando-se como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, além de formas diversas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Tanaka e Ribeiro (2009) afirmam que esta estratégia configura-se como a principal modalidade de atuação da atenção básica, devendo detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico através da escuta, do acolhimento, oferecendo tratamento na própria unidade de saúde ou encaminhando os pacientes para os serviços especializados. Assim, podemos observar que a ESF trabalha na mesma perspectiva da Reforma Psiquiátrica, incorporada no cotidiano da comunidade, com o conceito de território, formação de vínculo com a população, trabalho em equipe multidisciplinar, objetivando a prevenção de doença, a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente.

A dinâmica de saúde mental na atenção básica permite também uma melhor organização no atendimento, tratando as pessoas com problemas mentais na sua própria realidade, encaminhando ao CAPS apenas os casos graves, diminuindo assim a sobrecarga desse serviço e, conseqüentemente, possibilitando uma melhor assistência. Dessa forma, organizar a atenção à saúde mental na ESF deve ser uma prioridade, uma vez que irá produzir

uma atenção integral, contínua e de qualidade ao paciente em sofrimento psicossocial (DIMENSTEIN, *et al*, 2005).

A importância da articulação entre a saúde mental e a atenção básica deve-se também ao crescente número de pessoas com transtornos mentais. Estudos epidemiológicos mostram que cerca de quatrocentos milhões de pessoas sofrem, atualmente, no mundo, de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos e que, este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Em 2008, o Brasil apresentava cerca de 189 milhões de habitantes e uma prevalência de transtornos mentais em torno de 12% da população, necessitando de cuidados contínuos em saúde mental; 6% da população sofre de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas e 10% necessita de algum cuidado em saúde mental, na forma de consulta médica, psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Assim, aproximadamente, 19% da população brasileira apresenta algum tipo de sofrimento psicossocial, necessitando de cuidados no campo da saúde mental (MELLO; FEIJÓ DE MELO; KOHN, 2007).

Além do sofrimento e da falta de cuidados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha, a exclusão e, com muita frequência, a morte (BRASIL, 2003).

Resultados de uma pesquisa desenvolvida por Guedes *et al* em 2009 e 2010 em parceria com o CnPq, nos Bairros São José e Capoeiras, no município de Cajazeiras, demonstraram a existência de uma considerável demanda de pessoas em sofrimento psíquico, sendo a maioria egressa de hospitais psiquiátricos ou que faz uso de medicamentos psicotrópicos.

Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado no campo da saúde. Considera-se, pois, que a articulação entre saúde mental e atenção básica se impõe como algo inadiável e necessário no campo das políticas públicas de saúde dos municípios, especialmente, para os atuais gestores em saúde.

Com base nestes dados o projeto “Interface Saúde Mental/Atenção Básica: tecendo redes e atando nós” emerge na perspectiva de contribuir para discussão necessária entre os campos sanitários supracitados; quais sejam saúde mental e atenção básica. Nessa direção, necessário se faz a construção de redes de atenção integral para a produção do cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer as práticas de produção do cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos Enfermeiros (as) das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Pombal – PB.

2.2 Específicos

- Identificar se os Enfermeiros (as) das equipes multiprofissionais das ESF desenvolvem ações programáticas específicas para atender a demanda de saúde mental;
- Pesquisar como os Enfermeiros (as) das equipes de trabalho controlam os medicamentos utilizados pelos usuários com transtornos psíquicos;
- Compreender se estes profissionais das ESF se sentem preparados para atuar no campo da saúde mental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História das políticas de saúde e saúde mental no Brasil: uma revisão

As políticas de Saúde Mental representam um conjunto de programas, prioridades e decisões que são tomadas neste campo específico pelo governo e estão vinculadas à política geral mais ampla (OLIVEIRA, 2002).

Durante o período da colonização até a instalação do Império, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população. Essa atenção limitava-se aos próprios recursos oferecidos pela terra (plantas, ervas), aos cuidados disponibilizados pelas instituições filantrópicas ligadas à igreja católica, (como as Santas Casas de Misericórdia) e aos conhecimentos empíricos dos povos indígenas. Nessa época, os loucos faziam parte das paisagens das cidades, viviam soltos, ou eram colocados em celas especiais das Santas Casas (OLIVEIRA, 2002).

No Brasil Colônia, a loucura não representava uma ameaça à sociedade, pois nesse período o país vivia sob o regime da escravidão, no qual a força-de-trabalho escrava era tida como uma mercadoria, com valor de uso e de troca aceitos pela sociedade da época. Portanto, quando a loucura afetava os ricos, estes eram tratados na Europa e os pobres que apresentassem algum transtorno eram simplesmente ignorados na imensidão das terras brasileiras (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Em meados do século XIX, o Brasil passa por um processo de urbanização e modernização das cidades, sobretudo do Rio de Janeiro, sede do Império. A urbanização ocorreu com o intuito de criar uma nova imagem aos povos Europeus, pois o Brasil era conhecido no exterior como uma terra de epidemias, barbárie e escravidão, fato que acabava atrapalhando as trocas comerciais. Assim, surge nesse período a idéia de saneamento ou manutenção de uma ordem social que atendesse aos interesses econômicos da época. A solução encontrada foi aprisionar mendigos, alcoólatras, desempregados e loucos em espaços específicos - manicômios. É nesse cenário que nasce a primeira instituição psiquiátrica no Brasil, o Hospital Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, constituindo o marco da assistência psiquiátrica brasileira (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Com a proclamação da república, o Brasil é marcado pelo crescimento do capitalismo, decorrente do acúmulo de capital por parte dos produtores de café, fato que propiciou o surgimento da indústria e com ela, a idéia de trabalho humano como capital. Assim, a

capacitação física e intelectual dos operários seria o caminho indicado para alterar a história do país (FREITAS, 2006).

Nessa época, houve uma maior preocupação do estado com a Saúde Pública, sendo instituindo no país o modelo de intervenção conhecido como Sanitarismo Campanhista. Este modelo foi construído dentro de uma visão militar, na qual os fins justificam os meios, caracterizado pela centralização, autoritarismo, clientelismo e populismo, com a concentração do poder e a exclusão das classes populares, visando manter a ordem social e favorecer o desenvolvimento do país. (FREITAS, 2006).

O surgimento do capitalismo no Brasil permitiu a apropriação da loucura pela medicina, a exemplo do que já havia ocorrido na Europa determinando a maneira como a sociedade ocidental deveria relacionar-se com a loucura (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 05).

Assim, a psiquiatria torna-se aliada do estado em defesa da manutenção da ordem social. Neste período foi aprovada a primeira Lei Federal, n. 1.132 de dezembro de 1903, que estabelece os critérios de Responsabilidade Penal do Louco e reorganiza a assistência aos alienados e em 1916, o Código Civil prescrevia a interdição civil e a cautela aos “loucos de todos os gêneros (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Em 1930, Getúlio Vargas assume a presidência da república, passando a difundir idéias de caráter fascista/nazista. Em 1934 foi promulgada a terceira constituição da república e junto com ela o Decreto Lei nº 24.559 que dispõe sobre a Assistência e a Proteção à pessoa e aos Bens dos “Psicopatas,” afirmando a incapacidade do doente mental em exercer os atos da vida civil, submetendo-o à tutela do Estado. Neste período, a psiquiatria brasileira foi fortemente marcada pelo discurso eugênico de caráter nazista, difundido pela Liga Brasileira de Higiene Mental. Segundo a eugenia, a doença mental era considerada uma “degenerescência moral” de algumas raças, sobretudo negros. O tratamento tinha como base a correção moral, o isolamento e a exclusão social dos portadores de genes “malignos” (OLIVEIRA, 2002).

O fim da década de 50 é marcado pela expansão dos hospitais psiquiátricos e pelo surgimento das terapias biológicas- eletroconvulsoterapia e psicofármacos. Nessa época, a situação dos hospitais era grave, caracterizando-se por superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos grosseiros, falta de vestuário e de alimentação, além de péssimas condições físicas (CAIXETA; MORENO, 2008).

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, onde tiveram início as discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista

em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde. Porém, estas discussões foram interrompidas pelo Golpe Militar de 1964, que propunha o crescimento econômico do país com base no capital estrangeiro (milagre econômico). Este fato acabou favorecendo a expansão de hospitais psiquiátricos privados, reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, tornando-se o principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica mais complementares e não asilares, expandindo assim a indústria da loucura (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Na década de 70, o fim do milagre econômico revigorou as forças sociais questionadoras do modelo de saúde excludente. Surge nesse cenário, o Movimento pela Reforma Sanitária que propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (COIMBRA et. al. 2005).

Durante a VIII Conferência, foi proposto um conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação, servindo como base para a elaboração da Constituição de 1988. A partir de então, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios doutrinários a universalidade, equidade, integralidade e como diretrizes organizativas a descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (BRASIL, 1999).

Ao passo em que a constituição de 1988 era criada, com base nos princípios da Reforma Sanitária, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental articulava-se no movimento pela Reforma Psiquiátrica propondo um novo olhar no campo da saúde mental, reivindicando melhores condições de trabalho e tratamento humanizado aos usuários (BRASIL, 1999).

3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social complexo, em processo de construção, envolvendo aspectos político, jurídico, legislativo, administrativo e cultural (OLIVEIRA, 2002).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica começa a surgir no Brasil no fim da década de 70, impulsionada pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e com o respaldo da “Declaração de Caracas”, aprovada no dia 14 de novembro de 1990 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Este movimento passa a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A reforma está fundamentada no conceito de desinstitucionalização desenvolvido pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, que propunha não só a desconstrução do manicômio, mas o resgate do fenômeno da loucura através da invenção de novos conceitos, práticas e saberes, tendo como foco principal o sujeito e sua singularidade e não mais a doença (OLIVEIRA, 2002; NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. Neste processo, estão inseridos vários atores sociais: usuários, familiares, políticos, líderes espirituais, sociedade civil que tentam resgatar a dignidade e os direitos das pessoas que sofrem com o preconceito e a exclusão (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica tem como dimensão colocar o a doença entre parênteses, deixando fluir o sujeito que sofre, rompendo assim com o modelo **teórico-conceitual** da psiquiatria, calcado na objetividade das ciências naturais. Segundo Amarante (2007) ao colocar a doença entre parênteses, nos deparamos com o sujeito, sua família, seus projetos e anseios, o que possibilita uma ampliação do conceito de integralidade em saúde mental. Aqui, os serviços deixam de ser locais de exclusão, repressão, controle e vigilância, para se tornar um lugar de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, contemplando a dimensão **técnico-assistencial**. O aprisionamento dos doentes mentais, junto com mendigos, marginais, com o intuito de manter a ordem social, fez com que a doença mental fosse sinônimo de periculosidade, permeando o imaginário coletivo das pessoas até hoje. A dimensão **jurídico-política**, também proposta pela reforma psiquiátrica vem ajudar a desmistificar essa visão errônea da loucura, propondo uma revisão de toda legislação, pois tanto o código civil como o penal apresentam referências nocivas ao sujeito em sofrimento psíquico. Por fim, a dimensão **sociocultural**, considerada a mais estratégica das dimensões, propõe o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma psiquiátrica, com o objetivo de provocar uma reflexão sobre o fenômeno da loucura. Como exemplo desse modelo, podemos citar a criação do Dia Nacional da Luta antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio em todo o país (AMARANTE, 2007).

Nos anos 80 no Brasil, passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência em saúde mental. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro que criticou, de forma veemente,

o modelo assistencial “hospitalocêntrico”, considerado de alto custo, ineficaz, segregador e violador dos direitos humanos fundamentais. Neste período, vale ressaltar também a importância do surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987 e a intervenção feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em 1989, em um hospital psiquiátrico, a “Casa de Saúde Anchieta” considerada a “Casa dos Horrores”, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção teve repercussão nacional e demonstrou a possibilidade de construção de uma rede substitutiva ao modelo asilar. Naquela oportunidade, foram construídos Núcleos de Atenção em Saúde Mental (NAPS), foram criadas cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital. A experiência de Santos passou a ser um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL 2005; OLIVEIRA, 2002).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Os princípios do SUS são fortemente ligados aos da Reforma Psiquiátrica, passando a ver o sujeito de forma integral, universal e equânime, rompendo com o modelo biomédico. Em 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Este projeto serviu de inspiração para o surgimento de movimentos sociais que conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

Em 1992 ocorreu em Brasília, a II CNSM onde foram destacados os resultados obtidos em eventos político-científico-éticos fundamentais para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Entre eles a “Declaração de Caracas” e os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental (OPAS, 2001).

A III CNSM foi realizada em Brasília, no ano de 2001, tendo como tema principal a Reorientação do Modelo Assistencial: “cuidar sim, excluir não”, mostrando a necessidade urgente de superação do modelo manicomial e a necessidade de propostas, metas e estratégias que, efetivamente, contribuam para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, a III CNSM consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial em saúde mental e defende a construção de políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas (MELLO; FEIJÓ DE MELO; KOHN, 2007).

Em 06 de abril de 2001, é sancionada a Lei 10.216, do Deputado Paulo Delgado, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Esta lei redireciona a assistência em saúde

mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, sendo considerada a principal proposta reformista brasileira na área da saúde mental. (NASCIMENTO; BRAGA 2004).

Outro fato importante para o processo de construção da Reforma Psiquiátrica foi o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos, através da criação do programa de Volta para Casa. Criado pela lei federal 10.708, votada e sancionada em 2003, este programa tem como principal objetivo, contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Trata-se de um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, sendo considerada uma das estratégias mais eficazes para promover a emancipação de pessoas com transtornos mentais e de redução de leitos psiquiátricos nos estados e municípios (BRASIL, 2005).

Complementando as estratégias de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, foi criado em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), que propõe a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). No entanto, este programa prioriza que as reduções dos leitos se efetivem de forma planejada e responsável, de modo a não provocar desassistência às pessoas com transtornos mentais. Para isso, se faz necessário o aumento progressivo de serviços substitutivos, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência (BRASIL 2005; BRASIL 2007a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a promover o acolhimento aos usuários com transtornos mentais, oferecendo-lhes atendimento médico-psicológico, estimulando a autonomia e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Estes serviços constituem instrumentos estratégicos para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e se diferenciam segundo o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida sendo organizados de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros, nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

Segundo Amarante (2007), os CAPS devem apresentar uma estrutura bastante flexível, para evitar que se tornem espaços burocratizados, repetitivos e de difícil acesso.

Estes serviços funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana, sendo que o CAPS I atende a demanda de municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando de 8h as 12h. Já os CAPS II, são serviços de médio porte e dão cobertura aos municípios com população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes, seguindo o mesmo regime do CAPS I, podendo apresentar um terceiro turno de trabalho. Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, dando cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionando 24h, diariamente, também nos finais de semana e feriados. Os CAPSi prestam atendimento a crianças e adolescentes e os CAPSad servem de referência para o tratamento de pessoas com dependência química (álcool e outra drogas).

3.2 Saúde Mental na Atenção Básica: articulação com a Estratégia de Saúde da Família

A atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999).

Atualmente, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família e tem como diretrizes a universalidade, a integralidade na atenção, a territorialização, formação de vínculo com a população, tendo como foco o trabalho em equipe multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde e prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, com estímulo à participação da comunidade e controle social, consolidando assim o Sistema Único de Saúde (DUNCAN et al, 2004).

“A ESF é a porta de entrada do sistema único de saúde, trabalhando de forma integrada com a atenção primária, constituindo como uma das principais parceiras nas ações de saúde mental” (AMARANTE, 2007, p.13).

Então concorda-se com Andrade et al (2007), quando afirmam que é pela inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica que será possível encontrar um caminho para superar o problema da acessibilidade em saúde mental.

Outro dispositivo presente na ESF é a construção de uma rede comunitária de cuidados, fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A rede significa uma articulação entre os diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é fundamental. O

território não constitui apenas de uma área geográfica, mas o conjunto de recursos humanos e materiais, saberes e forças concretas de uma comunidade. Assim, trabalhar no território significa explorar os recursos da comunidade, como comércio, igrejas, associações, escolas, clubes e todos os dispositivos que possam contribuir para a reinserção do indivíduo na sociedade, promovendo a sua autonomia (BRASIL, 2005; SAMPAIO; BARROSO, 1997).

De acordo com Silveira e Vieira (2008), o conceito de território presente na ESF, estabelece uma forte interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com seus princípios de territorialização e responsabilização pela demanda, possibilitando uma nova visão em saúde mental, vencendo o modelo biomédico tradicional para um modelo onde o sujeito é o foco da atenção sendo considerado como sujeito social.

Sabemos que a cidadania da pessoa em sofrimento psicossocial se dá através da sua (re)-inserção na família, comunidade e trabalho. “A ESF tem como ponto central o vínculo com o usuário e a família e a co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (ANDRADE, 2007, p.05).

Assim, a parceria entre saúde mental e saúde da família se faz necessária, uma vez que a lógica que orienta a Reforma Psiquiátrica e os projetos de saúde mental têm grandes afinidades com a dos Programas de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Outro ponto a ser destacado no que diz respeito à articulação entre saúde mental e ESF, seria o critério populacional. Para a implantação de um CAPS é necessário que o município tenha no mínimo uma população de 20 mil habitantes. Já para a ESF, é necessário um critério populacional de no mínimo 2.400 pessoas (CAÇAPAVA; COLVEIRO, 2008; SILVEIRA; VIEIRA, 2008).

Deste modo, podemos concluir que a ESF é uma ferramenta potente que pode levar recursos de cuidado em saúde mental a localidades onde o CAPS ainda não chegou.

3.2.1 CAPS: colocando em prática a articulação saúde de mental e ESF

Observa-se, portanto, que a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica constitui uma prioridade nos tempos atuais. Porém, para que essa articulação seja possível é necessário que se desenvolvam estratégias como capacitações, supervisões e financiamento, neste campo da saúde. Nesse sentido, o Ministério da saúde propôs a criação das Equipes Matriciais de Referência em saúde mental, que consistem na formação de uma rede de apoio por parte dos profissionais do CAPS à rede de atenção básica. As equipes Matriciais ainda

estão em construção, elas representam um fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolve tanto as equipes de saúde mental com a da atenção básica, e deverá ser uma das prioridades no que diz respeito a integralidade do sujeito (BRASIL, 2007a; LEÃO; SEVERO; DIMENSTAIN, 2009).

Coimbra, et al (2005), afirmam que nos municípios que não possuem CAPS, a equipe da ESF deveria estar preparada para assistir à demanda de saúde mental. Nesse caso, a Equipe da Estratégia de Saúde da Família deveria receber treinamento de uma equipe de saúde mental, seja esta do próprio município ou de um município próximo (que seja referência), a fim de qualificar e treinar os profissionais para o atendimento de pacientes com transtornos psíquicos como esquizofrenia, distúrbio bipolar, depressão, neuroses, alcoolismo, drogas, pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, tentativa de suicídio entre outros.

Outro dispositivo é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, que constitui uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica (ANDRADE, 2007).

3.2.2 A Saúde Mental na ESF e o trabalho da Equipe Multiprofissional

Silva, et al (2001) em sua experiência no Vale do Jequitinhonha, propõe a realização de reuniões com os familiares, oficinas terapêuticas, atividades recreativas, terapias individuais e em grupos, atendimento médico (geral e psiquiátrico) e visitas domiciliares. Para este autor, o trabalho da equipe do PSF em saúde mental vai muito além de encaminhamentos e prescrições de medicamentos.

Sampaio e Barroso (1997) demonstram algumas ações de saúde mental que podem ser desenvolvidas por profissionais na ESF: acompanhamento de psicóticos crônicos; coordenação de grupos de queixas difusas; visitas domiciliares em conjunto com o CAPS, para acompanhamento terapêutico-reabilitador; prevenção e combate à dependência de benzodiazepínicos; efetivação do sistema de referência e contra- referência para identificação precoce de casos de transtornos mentais na área; atendimento das emergências psiquiátricas e aconselhamento psicológico.

“A visita domiciliar inserida nos serviços de saúde constitui outro instrumento de re-inserção do usuário na família” (REINALDO; ROCHA, 2002, p. 06). Esta poderá ser realizada pelos agentes de saúde, enfermeiros, médicos e outros profissionais.

Um ator que merece destaque dentro da equipe multiprofissional é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Estes profissionais são responsáveis pelo cadastramento das famílias que residem na área de cobertura do PSF, sendo que cada ACS fica responsável em média por 150 famílias, passando a conhecer as reais necessidades dos indivíduos, constituindo-se assim como um importante efetivador das ações de saúde mental. Ele se apresenta como um mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, uma vez que são moradores da comunidade e estão sempre informados dos problemas cotidianos por meio do contato com as famílias. Esse contato estabelece vínculos com os moradores, que é de fundamental importância para a reabilitação e reinserção dos usuários de saúde mental na sociedade. Através do seu trabalho, o ACS dissemina informações, ajuda no esclarecimento a respeito de inúmeros problemas, inclusive sobre a loucura, pode contribuir para a quebra de preconceitos e estereótipos acerca da loucura. O ACS circula cotidianamente pelos dois cenários (comunidade e ESF), tornando-se um elo entre o serviço e a comunidade, sendo o profissional da equipe que se faz mais presente na comunidade e é com ele, que se inicia a na maioria das vezes, a relação entre usuário e equipe de saúde (LEÃO; SEVERO; DIMENSTAIN, 2009).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza diferente da pesquisa quantitativa, que lida com variáveis, dados matemáticos, equações, estatísticas (MINAYO, 2003, p. 19).

4.2 Local e sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em todas as Unidades de Saúde da Família do município de Pombal / PB.

O município de Pombal PB está situado há 6°46'13" de latitude Sul e 37°48'6" de longitude oeste. Está inserido na área geográfica de abrangência do [semiárido](#) brasileiro, definida pelo [Ministério da Integração Nacional](#) em 2005. Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de [seca](#) (IBGE,2009).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, em 2009 o município contava com uma população de 32.443 mil habitantes, distribuídos em uma área de 889 km².

Segundo a Secretaria de saúde, atualmente a cidade de Pombal apresenta 11 Unidades de Saúde da Família, sendo três na zona rural do município, localizadas, na comunidade rural de Várzea Comprida dos Oliveiras, Várzea Comprida dos Leites e outra no Distrito de Cachoeira, atendendo a todos os moradores das comunidades vizinhas. Cada unidade contém em média 01 Enfermeiro, 01 médico, 01 Dentista, 02 técnicos de enfermagem e 06 ACS.

Os sujeitos da pesquisa foram 11 Enfermeiros que trabalham nas ESF. Na primeira etapa da pesquisa foi trabalhada a caracterização dos sujeitos através do perfil social e de formação profissional. Na segunda etapa optou-se trabalhar com as narrativas dos profissionais acima mencionados.

4.3 Posicionamento ético da pesquisadora

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras-PB com o nº de protocolo: 551072010.

Os informantes, no momento da aplicação do questionário, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), obedecendo aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, como por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade da recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 1996).

Para tanto os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação E1 à E11 na preservação do anonimato dos mesmos.

4.4 Instrumento e coleta de dados

Para a primeira etapa da pesquisa foi utilizado um questionário contendo questões objetivas referente aos dados pessoais/profissionais no qual foi dado ênfase ao sexo, idade, estado civil, ano de conclusão de curso, instituição de formação, a existência da disciplina de saúde mental no curso, campo de estágio e o tempo de experiência na ESF. Na segunda etapa da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões que nortearam as narrativas em direção aos objetivos do estudo: Como está organizada a demanda na unidade? Existe uma ação programática específica para a saúde mental? Você já realizou algum tipo de cuidado domiciliar em saúde mental? Como se dá a resolução dos casos em saúde mental? Você se sente preparado para atuar na área da saúde mental? Quais os fatores que você considera como sendo os principais desafios para a integração entre saúde mental e ESF? Como a equipe controla os medicamentos utilizados pelos usuários com transtornos psíquicos?

A coleta de dados ocorreu no Mês de julho de 2010.

4.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados no programa *Microsoft Excel*, versão *Windows Vista Basic*, através do índice de frequência e percentual, com apresentação por meio de gráficos (**SPSS versão 17.0**).

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das narrativas dos entrevistados justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido, por meio de entrevistas semi-estruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p. 153). Esta técnica de análise possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos sujeitos. Para preservar a identidade dos profissionais, foram usados identificadores para a enumeração das entrevistas, por exemplo, E₁, E₂, E₃...E₁₁, em relação aos enfermeiros das ESF.

O primeiro passo para a organização do material foi a transcrição das entrevistas realizadas pela pesquisadora, resultando textos. Em seguida, foram feitas leituras flutuantes deste texto e extraídas informações que tornaram possível conhecer as experiências dos enfermeiros acerca dos cuidados em saúde mental na ESF.

A partir desta contextualização, novas leituras permitiram perceber as conexões e transitar entre os dados empíricos (narrativas) e a fundamentação teórica, permitindo estabelecer a categorização de temas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 A caracterização do perfil dos Enfermeiros das ESF do município de Pombal - PB

Foram entrevistadas 11 (100%) dos Enfermeiros que atuam nas Estratégias de Saúde da Família do município de Pombal- PB.

A caracterização do perfil destes profissionais teve como base nas variáveis sexo, idade, estado civil, ano de conclusão de curso, instituição de formação, a existência da disciplina de saúde mental no curso, campo de estágio e o tempo de experiência na ESF.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes de se considerar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade. Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços (COTTA et al., 2006, p.9).

5.1.1 Sexo e Idade

Todos os profissionais (100%) são do sexo feminino.

Essa variável reflete a história da Enfermagem, no Brasil, marcada por atividades de cuidar sempre atribuída à mulher, de tal maneira que a profissão foi se tornando predominantemente feminina, influenciada por questões culturais e de gênero, associada à definição de papéis (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Costa, Lima, Almeida (2003), em seu estudo sobre a força de trabalho em saúde, afirma que vem ocorrendo o crescimento do trabalho feminino no setor de saúde, nos últimos dez anos.

A idade dos participantes variou de 23 à 56 anos. A maioria 72,72% (n=08), encontra-se na faixa etária de 23 à 40 anos. Do total de participantes deste estudo, 54,54% (n=06) são casadas; 27,27% (n= 03) são solteiras e 18,18% (n=02) são divorciadas.

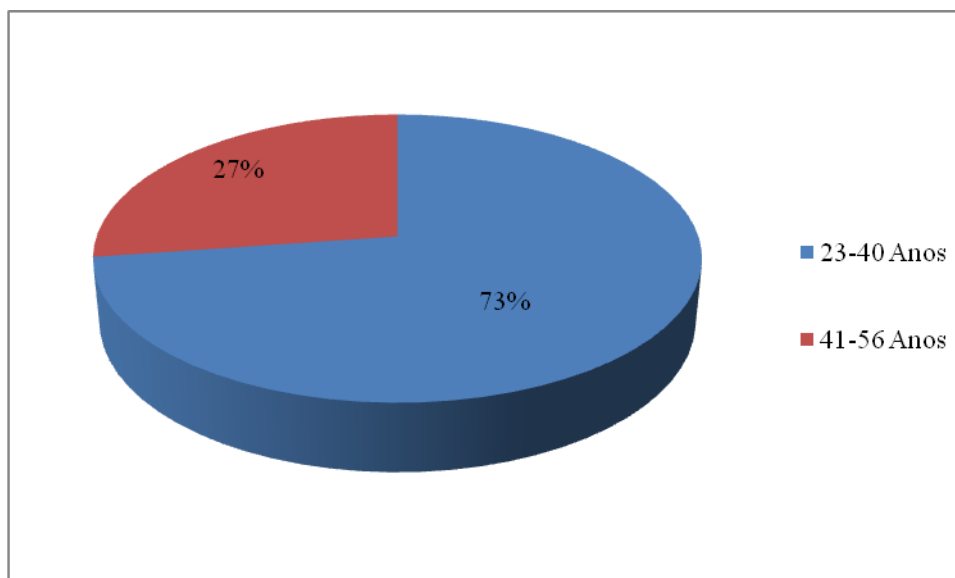


Gráfico 1- Distribuição percentual dos participantes segundo duas faixas etárias. Pombal – PB, 2010.

De acordo com os resultados, pode-se afirmar que os sujeitos deste estudo são pessoas jovens, com maior disposição para o trabalho.

Segundo SAMPAIO (1993), os solteiros, os viúvos e os separados são os mais susceptíveis de apresentarem algum tipo de doença mental. Para este autor, a estabilidade no amor, a satisfação emocional de ser pai ou mãe e a responsabilidade por um microgrupo são percebidas como algo positivo, reduzindo a possibilidade de adoecimento mental entre os casados.

5.1.2 Formação Profissional

Todas as participantes concluíram seus cursos em instituições privadas da Paraíba.

O ensino da Enfermagem na Paraíba teve início em 1933, quando o Decreto Municipal n°. 272, de 30 de junho, instituiu um curso para o treinamento teórico prático de enfermeiros, na então, Diretoria de Assistência Pública. A criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem ocorreu em 1953, através do Decreto- Lei n°. 343, antecedendo a criação do ensino superior que veio em 10 de julho de 1954 com a /Escola de Enfermagem da Paraíba (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Inicialmente, o curso era voltado predominantemente para o ensino das ciências biológicas, com ênfase em procedimentos técnicos, ações curativas individuais e especialidades (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de cidadania e se instituiu o SUS como política de saúde, requerendo um novo perfil profissional. Assim os vários cursos da área da saúde passaram a discutir a necessidade de revisão do ensino. De modo antecipado, em 1980, o decreto – Lei 54/80 estabeleceu algumas modificações na grade curricular do curso de Enfermagem na Paraíba. Entre as principais mudanças estavam a competência para desenvolverem atividades em quatro áreas fundamentais – assistencial, administrativa, ensino e produção científica, reforçando a formação do enfermeiro para o processo de trabalho em enfermagem a partir de uma educação transformadora, que incitasse à reflexão e a indagação sobre a prática profissional e a valorização do compromisso do enfermeiro para com a sociedade (ARAÚJO; SILVA, 2007).

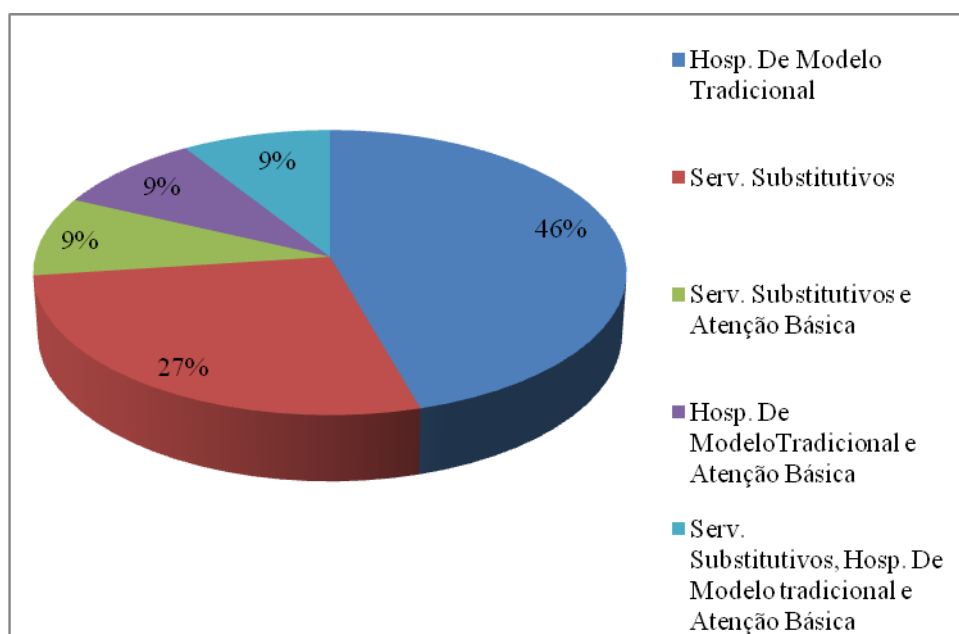


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos campos de estágio em Saúde Mental. Pombal – PB, 2010.

Todas as participantes afirmaram ter cursado a disciplina de Saúde Mental durante a sua formação profissional, no entanto, os resultados apontam um alto índice 46% (n=05) de estágios em Hospitais de Modelo Tradicional, o que representa uma limitação para o correto aprendizado nesta área do conhecimento, além de contrariar os princípios da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com o **Gráfico 2**, apenas 3 Enfermeiras (27%) realizaram atividades práticas em serviços substitutivos, como o CAPS; uma profissional (9%) estagiou em Serviços substitutivos e Atenção básica; observou-se o mesmo percentual para estágios em

Hospitais de Modelo Tradicional e Atenção Básica e Hospitais de modelo Tradicional, Atenção Básica e Serviços Substitutivos.

Kantorski; Silva (2000), em um estudo acerca do ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, realizado nos cursos de graduação em Enfermagem das universidades públicas do Rio Grande do Sul concluíram que o ensino destas disciplinas apresenta-se focado no normal e patológico durante o transcorrer do ciclo vital, com influências do discurso da psiquiatria preventiva e enfoque psicanalítico. Além disso, os estágios são realizados predominantemente em hospitais psiquiátricos, com ênfase no modelo manicomial, reforçando os saberes e práticas de exclusão da loucura.

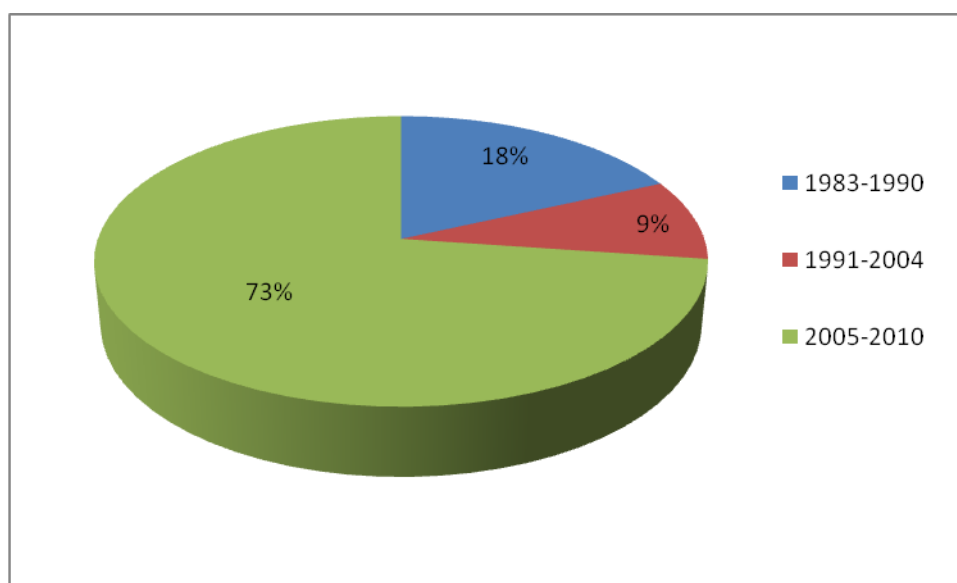


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos participantes segundo o ano de conclusão do curso. Pombal - PB, 2010.

Quanto ao ano de conclusão, duas Enfermeiras (18%) concluíram o curso no período de 1983 à 1990; uma Enfermeira (9%) no período de 1991 à 2004 e oito Enfermeiras (73%) no período de 2005 à 2010.

Ao comparar os gráficos do ano de conclusão de curso com o do campo de estágio da disciplina de saúde mental, pode-se perceber que das oito enfermeiras que concluíram seu curso no período de 2005 à 2010, cinco realizaram atividades práticas em Serviços Substitutivos e apenas três em Hospitais Tradicionais. Observa-se também que, das profissionais que concluíram o curso em 1983-1990, todas realizaram estágios em Hospitais Tradicionais.

Estes dados refletem a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil, marcada pelo modelo psiquiátrico até os anos 90. A partir de então teve início uma política que privilegiou a redução dos leitos e hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços substitutivos. Em

1996 existiam no Brasil aproximadamente 75 mil leitos em Hospitais Psiquiátricos. Este número foi reduzido para 35.426 em 2009 (BRASIL, 2010).

O processo de redução dos leitos foi acompanhado por uma significativa expansão da rede de atenção comunitária (CAPS), que a partir de 2002, teve seu crescimento acelerado por investimentos do Ministério da saúde (BRASIL, 2006).

Neste período existiam 424 CAPS em todo o Brasil com uma cobertura de apenas 21%. Em 2010, este percentual aumentou para 63%, totalizando 1.541 serviços até o mês de Junho, considerando-se o parâmetro de 1 CAPS para 100.000 habitantes (BRASIL, 2010).

Na Paraíba, em 2002, havia apenas dois CAPS, sendo que em 2006, esse número passou a 30 (BRASIL, 2006). Atualmente, o estado da Paraíba conta com 62 CAPS, aparecendo em 3º lugar na região Nordeste, ficando atrás apenas da Bahia e do Ceará (BRASIL, 2010).

Kantorski e Silva (2000) reforçam a importância dos acadêmicos realizarem atividades práticas em outros espaços e não apenas em hospitais tradicionais.

Os movimentos reformistas - como a psicoterapia institucional, a comunidade terapêutica, entre outros serviços substitutivos ampliaram o campo de atuação de algumas profissões, entre elas, a Enfermagem. Nasce uma possibilidade de se trabalhar com toda a comunidade, com os familiares, os grupos terapêuticos, as escolas, os serviços comunitários ampliando sua perspectiva de atuação (KANTORSKI; SILVA, 2000, p 8).

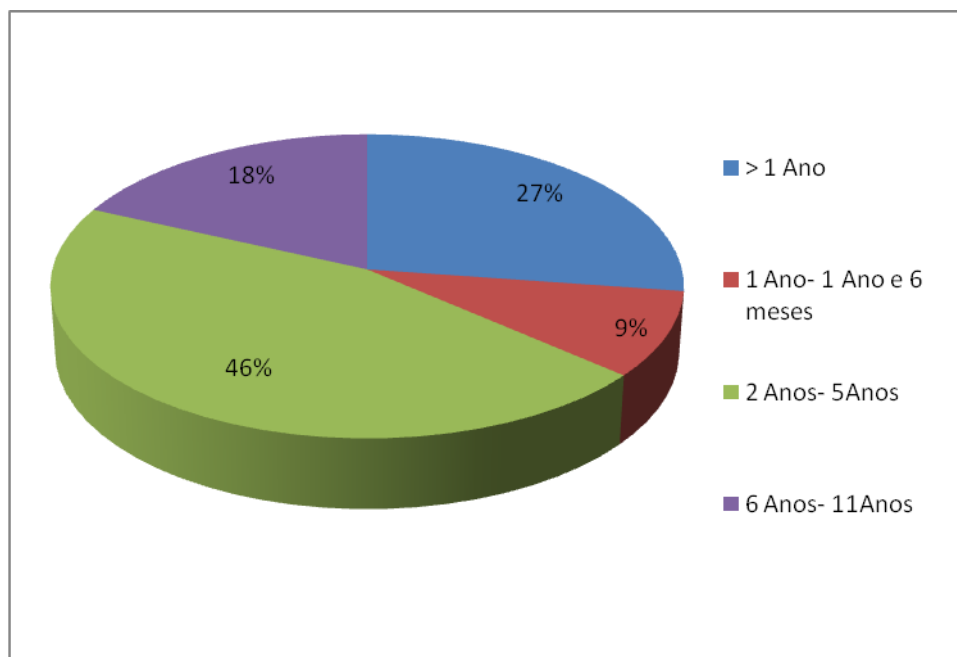


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos participantes segundo o tempo de experiência laboral na Estratégia de Saúde da Família. Pombal – PB, 2010.

As Enfermeiras entrevistadas neste estudo apresentaram entre quatro meses e 11 anos de experiência em ESF, sendo que a maioria (46%) apresentou de dois a cinco anos de experiência.

Corroborar-se com Sousa; Ferreira Filha; Silva (2004), ao afirmar que a experiência acima de seis meses na ESF é de grande importância para a construção dos dados de um estudo qualitativo, uma vez que nesse intervalo a Enfermeira já tem condições de adquirir informações básicas a respeito do município e da população atendida na área de abrangência da sua UBS.

5.2 Análise temática

A partir das leituras e (re) leituras do texto produzido pelas entrevistas realizadas com as Enfermeiras das equipes de Saúde da Família emergiram os seguintes temas: Ações de saúde mental desenvolvidas pelas Enfermeiras das Estratégias de Saúde da Família; Desafios para a integração das atividades na assistência em saúde mental.

5.2.1 Ações de saúde mental desenvolvidas pelas Enfermeiras das Estratégias de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família configura-se como porta de entrada para os serviços de saúde. Portanto, deve atender à demanda que busca resolver suas queixas físicas, psicológicas ou sociais (CAIXETA; MORENO, 2008).

Em relação à organização do trabalho nas ESF de Pombal- PB, 100% apresenta uma demanda organizada em cronograma de atendimento, atendendo também à demanda espontânea que chega às UBS, como explicitado na fala a seguir:

“Nós temos um cronograma de atendimento durante a semana, embora atenda também à população que procura o posto espontaneamente.”(E1)

Entre as ações programáticas presentes nas ESF estão: atendimento à saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso, saúde da criança e do adolescente e saúde mental.

A saúde mental é abordada como ação programática específica na maioria 54% das ESF, na modalidade de terapia comunitária.

“Toda sexta- feira têm um grupo de terapia comunitária aqui. A gente fez um curso de especialização de 6 meses financiado pela prefeitura e pelo Ministério da Saúde”.(E5)

“Eu trabalho a terapia com um grupo de idosos. Nós começamos a trabalhar com eles pela necessidade que eles tinham de ocupar o tempo. Aqui tinha muitos idosos com depressão, pelo fato da ociosidade, da síndrome do ninho vazio, da aposentadoria. A partir daí a gente começou a realizar uma atividade física com eles- passeio da tarde. Depois, a gente começou com o grupo. Aqui nós fazemos diversas atividades como costura, bordados, culinária, pintura, para ocupar o tempo. Os resultados são surpreendentes”. (E6)

A Terapia Comunitária é uma ferramenta de acolhimento para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal. Portanto, constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, estabelecendo trocas sociais entre os participantes, com o objetivo de buscar soluções para os conflitos pessoais e familiares. Uma de suas características é a formação de redes sociais solidárias e a utilização da cultura popular como suporte para soluções de problemas vividos pela comunidade (ROCHA et al, 2009).

Corroborar-se com os achados de Rocha et al. (2009) em uma pesquisa que enfatizou a terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado em saúde mental em idosos, realizado no município de João Pessoa –PB, que a terapia comunitária tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo um instrumento de trabalho que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde na promoção da saúde mental, ajudando esses profissionais a compreender melhor as preocupações e dificuldades da comunidade e direcionar suas condutas terapêuticas, melhorando a qualidade de vida da população.

Com relação ao cuidado domiciliar em saúde mental, sete Enfermeiras (63%) afirmaram já ter realizado algum tipo de cuidado em domicílio, sendo a maioria para encaminhar o paciente para os serviços especializados, orientar os cuidadores e os familiares sobre a doença, detectar maus tratos.

“Era um caso de abandono, então agente foi visitar junto com o Assistente social para encaminhar para o CAPS”. (E1)

“Na minha área tem 4 pacientes enjaulados, que estavam internados no Hospital Psiquiátrico. A gente vai lá, para encaminhar eles para o CAPS, mais a família é resistente”.(E6)

“Nós realizamos um trabalho de orientação familiar, para os cuidados necessários de acordo com cada diagnóstico”.(E2)

As visitas domiciliares são importantes instrumentos de cuidado em Enfermagem, podendo ser utilizadas na atenção às mais diferentes formas de pacientes, sejam eles neurológicos, hemodinâmicos, oncológicos, configurando-se como uma forma de atenção primária à saúde (REINALDO; ROCHA, 2002).

Durante as visitas, a equipe deve traçar um plano, com objetivos e metas de apoio ao usuário e a família, principalmente aquele paciente egresso de longas internações psiquiátricas. As visitas de enfermagem são direcionadas à orientação do usuário e da família sobre o transtorno mental, enfatizando o auto cuidado, o uso de medicações, entre outros aspectos. A equipe da ESF deve agir de forma intersetorial, buscando articulação com outros setores da sociedade, como comércio, clubes, escolas, igrejas e associações (REINALDO; ROCHA, 2002).

Os resultados deste estudo, demonstraram que do total de entrevistadas, sete 7 Enfermeiras (63%) ainda não realizam um controle dos medicamentos psicotrópicos utilizados pelos usuários das ESF.

“Nós não temos um livro como o de pré- natal, prevenção do câncer de colo do útero, pra dizer que fulano ou cicrano toma medicação. A gente sabe pelo agente de saúde”.(E3)

“Eles têm um cartãozinho e pegam a medicação diretamente na farmácia básica do município”.(E2)

“Psicotrópicos é no CAPS. Eu não registro nada aqui. A gente sabe mais ou menos que toma pelo Agente de saúde”.(E1)

A prescrição indiscriminada e o uso exagerado de psicofármacos tornaram-se uma prática freqüente na rotina dos serviços públicos de saúde. Tal consumo está relacionado ao

papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde e à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde (DIMENSTAIN et al., 2005).

Estes resultados deste estudo corroboram com os de Guedes et al. (2010) em parceria com o CnPq em um estudo que procurou traçar o perfil da demanda em saúde mental em duas Unidades de Saúde da Família do município e Cajazeiras- PB quando afirmam que a utilização de medicamentos é vista como o principal recurso terapêutico nesta ESF, assim como em outros níveis de assistência do SUS. No entanto, nota-se que o problema em relação à medicação torna-se mais grave, especialmente pela falta de acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde e em seu uso crônico.

É preciso haver um controle dos psicotrópicos utilizados pelos pacientes de cada área de abrangência das ESF, a fim de reduzir o uso indiscriminado e abusivo desses medicamentos, prevenindo assim a cronicidade da doença mental.

De acordo com os resultados apresentados, consideramos que a saúde mental tem se apresentado ainda como um campo de saber e de práticas não articulado às ações básicas de saúde no município em estudo. Apesar de todos os esforços que a Reforma Psiquiátrica tem gerado, muitos profissionais, especialmente os Enfermeiros, ainda possuem na sua prática a lógica da exclusão - baseada em teorias psiquiátricas reducionistas e organicistas - daí a importância da discussão dessas teorias que devem estar direcionadas para a compreensão do sofrimento psicossocial do sujeito.

5.2.2 Desafios para a integração das atividades na assistência em saúde mental

Os discursos dos sujeitos deste estudo demonstraram que os principais desafios encontrados para trabalhar a saúde mental na ESF são: falta de capacitação; falta de interação com os serviços especializados.

“Nós não temos uma preparação maior” (E3)

“Se for transtorno psíquico nós encaminhamos direto para o CAPS, chama a família e encaminha pra lá, porque lá é que têm o médico que vai cuidar dele”. (E8)

“Eu não me sinto totalmente preparada. Deveria haver uma equipe multiprofissional para facilitar o trabalho” (E11)

Os dados desta pesquisa caminham na mesma perspectiva dos achados de Casé et al (2001), pois neste estudo constatou-se que o nível de informação das equipes do PSF acerca dos assuntos relativos à saúde mental ainda é baixo.

A maioria das equipes não está capacitada para atender a demanda de saúde mental, atribuindo esse papel à psiquiatras e psicólogos. Muitas vezes, nota-se uma forte tendência ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, no qual o foco da atenção é a doença e não o sujeito como um todo. Nesse contexto, é preciso desmistificar ou desconstruir essa visão psiquiatrizada da loucura, que há muito tempo permeia o imaginário coletivo dos profissionais e da comunidade (DIMENSTEIN, et al., 2005).

Para isso, é fundamental que se promova uma capacitação que prepare os profissionais para o atendimento e acompanhamento dos sujeitos com transtornos mentais. Essa capacitação deve ocorrer em uma via de mão dupla, onde faz necessária a Equipe de Saúde Mental aprender com as equipes de saúde da família, principalmente quanto ao funcionamento da unidade e suas atividades, como também sobre a comunidade, seus costumes, hábitos e modos de vida (OLIVEIRA et al., 2009).

O plano de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica propõe iniciar o trabalho da saúde mental na ESF com a elaboração de um Plano municipal de inclusão da Saúde Mental na Rede Básica, que deve ser apresentado primeiramente ao Conselho municipal de saúde (CMS) e a Secretaria municipal de Saúde (SMS), realizando em seguida, reuniões com as Equipes de Saúde da Família (PINTO, 2002).

Pinto (2002) através de sua experiência sobre transtornos graves na atenção básica propõe a formação de Equipes Volantes de Saúde Mental. Estas equipes são constituídas pelos profissionais do CAPS e do NASF. Primeiramente a Equipe volante deverá conhecer a realidade da ESF. Posteriormente deverá haver uma discussão dos casos concretos que são atendidos pela equipe e a partir de então, serão realizadas ações de capacitação das equipes da ESF.

Ao dar início ao trabalho na comunidade, as equipes devem procurar saber onde estão os pacientes graves. Um paciente em crise não exige necessariamente o encaminhamento para o CAPS, podendo a maioria, receber atendimento na UBS (PINTO, 2002; BRASIL, 2005)

A cada caso é feita uma discussão conjunta com os membros do PSF e com o Agente de Saúde e estabelecida uma forma de aborda-lo, de início, geralmente, com visitas domiciliares. Esta é realizada com profissionais de nível superior do PSF e da Saúde Mental, junto com os Agentes de Saúde mais próximos da situação. Após a primeira abordagem é novamente avaliada a situação global e traçado um plano terapêutico e de apoio social (PINTO, 2002, p. 07).

Atenção especial deve ser dada a pacientes com quadros de transtorno mental grave, porém que não se encontram em crise, e mantêm uma vida estável. Estes pacientes deverão receber atenção da ESF, no sentido da escuta, e acolhimento (BRASIL, 2005; CASÉ et al., 2001).

Outro desafio mencionado pelos sujeitos deste estudo foi a falta de articulação entre os serviços, como exemplificada através da fala a seguir:

“Também tem a questão da contra – referência que não é feita. O paciente vai para o CAPS e a gente não tem um acompanhamento depois que ele volta”.(E9)

O sistema de referência e contra- referência constitui um dos pontos estratégicos para a implantação do SUS, uma vez que é a partir de sua organização que o encaminhamento dos pacientes com ênfase na integralidade, torna-se uma prática possível (JULIANE; CIAMPONE,1999).

A integralidade envolve a abrangência de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, assistindo o indivíduo na comunidade, percebendo-o na sua totalidade mente-corpo (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004).

Observa-se que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica do município de Pombal comprometem a efetivação do princípio da integralidade, uma vez que há uma desarticulação entre os serviços de atenção básica e saúde mental, como também o despreparo dos enfermeiros em lidar com a dimensão subjetiva do paciente.

Portanto, a realidade exige a superação das prescrições e encaminhamentos para uma prática que privilegie a comunicabilidade entre a atenção básica e os serviços especializados de saúde mental, gerando assim uma co- responsabilização pelo sujeito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a inclusão de políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica direcionadas aos problemas de saúde mental e aos usuários, enfatizando a criação de equipes multiprofissionais nessa rede de atenção.

Apesar de todos os impulsos que a Reforma Psiquiátrica tem gerado, principalmente quanto à construção de novos conceitos e formas de lidar em saúde mental, percebe-se que as ações e cuidados nessa área ainda são incipientes e que existe uma falta de articulação entre os serviços substitutivos e a atenção básica. Em saúde mental o mais importante é a pessoa que sofre. Por isso, há necessidade dos profissionais desse campo do saber conjugarem esforços e estabelecerem parcerias com projetos e programas da sociedade, como é o caso da Rede de Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que converge para a proposta de assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Por meio desta estratégia de atenção busca-se fortalecer o acolhimento, o vínculo e a escuta, resgatando a relação profissionais/usuários, através de uma relação humanizada. Por sua proximidade com famílias e comunidade, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica, pacientes egressos de internações psiquiátricas e outras formas de sofrimento psicossocial.

Com a atenção em saúde mental na ESF haverá integralidade da assistência a pessoa com transtorno mental, pois a ESF é a porta de entrada para o Sistema de Saúde. A interlocução entre os CAPS e a atenção primária, em especial - com a ESF – amplia o potencial desse dispositivo de atenção como agenciador de novos modos de cuidado, que possa paulatinamente diminuir a demanda de usuários aos CAPS, desafogando estes serviços, bem como o recurso da internação psiquiátrica.

É visível a necessidade da articulação entre a ESF e o CAPS II do município de Pombal – PB. A ESF mostra-se uma tecnologia a ser melhor explorada enquanto ferramenta de atenção comunitária em saúde mental, mesmo diante dos esforços de alguns profissionais que procuram desenvolver ações de saúde mental em suas unidades. Alguns enfermeiros ainda trabalham com conceitos psiquiátricos fundamentados no modelo biológico - centrado

na doença, na medicalização, - evidenciando a necessidade da ruptura com esse paradigma de atenção, ainda hegemônico nas ações de enfermagem oferecidas na ESF, por meio de cursos de capacitação em saúde mental.

A capacitação permanente das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental, em especial dos enfermeiros, constitui-se o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família - tomando-a como parceira no tratamento - e na construção de redes de apoio e integração. Desse modo, a capacitação permanente da força de trabalho é imprescindível para a transformação do processo de trabalho no sentido da efetivação do SUS.

Esta pesquisa buscou contribuir com reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de (re) inserção social, assim como a necessidade da implementação de políticas públicas municipais que promovam articulação entre saúde mental e atenção básica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, S. R., BUCHELE, F., GEVAERD, D. Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde em Brasil. **Rev. Enfermeira Global**, 2007. Disponível em: <www.um.es/eglobal.com.br>. Acessado em 10 de agosto de 2008.

ARAÚJO, D.V. de; SILVA, C.C. da. Historicidade institucional do ensino de enfermagem na Paraíba: uma contribuição para o estudo. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.12, n.1, p. 114- 119, 2007. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8279/5788> > Acessado em 15 de junho de 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF; conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental> acesso em 30 de junho de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. **Manual da Organização da Atenção Básica**. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Nº 01, 2003. 7p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>

_____. 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. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 3 - ano I, nº3**. Informativo eletrônico. Brasília, 2006. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_3.pdf > Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2007a. 78p.

CAÇAPAVA, R. J; COLVEIRO, L. A. Estratégias de Atendimento em Saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2008 dez;

Disponível em:
 <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/7628>>
 Acesso em: 04 de dezembro de 2009.

CASÉ, V. et al. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, p.121-136, 2001.

CAIXETA, C. C; MORENO, V. O Enfermeiro e as Ações de saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 10(1):179-188. 2008. Disponível em :<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>.Acessado em: 13 de janeiro de 2009.

COIMBRA, V. C. C. et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 01, p. 113 – 111, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_03.htm> Acessado em 10 de julho de 2008.

COSTA, J.R.A. da; LIMA, J.V.de; ALMEIDA, P.C.de. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, p 63-71, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf> > Acessado em 12 de junho de 2009.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n. 3, p 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>> Acessado em 13 de junho de 2009.

DIMESTEIN, M. et al. Demanda de Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista Mental**, Barbacena, vol 3, nº 5, nov. 2005, p. 33-42.

DUNCAN, B. et al. **MEDICINA AMBULATORIAL**, Condutas de atenção primária baseadas em evidências, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FREITAS, L. **PSF COMO UM CAMINHO: um olhar de quem cuida**, 1 ed. Santos: Comunicar, 2006.

GUEDES, H. K. et al. Saúde Mental: demanda em unidades de saúde da família. Relatório Final de Pesquisa PIBIC/CNPq/UFCEG, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, 2009, p. 03-05. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100036&lang=pt> Acessado em 13 de Janeiro de 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2008, tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf>.Acessado em 12 de julho de 2010.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B.da. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 27-34, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12345.pdf>> Acessado em 09 de junho de 2009.

LEÃO, F.; SEVERO, A. K; DIMENSTAIN, M. O impacto de serviços substitutivos de saúde mental na vida cotidiana de usuários e familiares. In: *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: EDUFERN, P. 169-190, 2009.

MACHADO, A.P.C.; MOCINHO ,R.R. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 160-170, 2003. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_18saudemental.pdf>. Acessado em 14 de junho de 2009.

MELLO, M. F. de; FEIJO DE MELLO, A. de A.; KOHN, R. (orgs.) **Epidemiologia da Saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MYNAIO, M. C. S. **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B.. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 84 – 93, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1709/1417> >. Acessado em 15 de julho de 2008.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, T. B. S. et al. **Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária**. Relatório Final de Pesquisa PIBIC/CNPq/UFCG, 2009.

OPAS/OMS. **Relatório sobre Saúde no Mundo**. 2001.

PINTO, J. C. S. G. **A Abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica**. Trabalho apresentado na I Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde Mental para o Programa de Saúde da Família, em Itaipava, RJ, em 15 e 16 de abril de 2002.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em: 12 de dezembro de 2008.

ROCHA et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, vol.62 no.5, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500006&lang=pt. Acessado em 01 de Julho de 2010.

SAMPAIO, J. C.; BARROSO, C. M. C. **Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF**. Quixadá-Ce, 1997.

SAMPAIO, J.J.C. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org). **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 403-420.

SEVERO, A. K. et al. Família e práticas de cuidado em saúde mental. In : *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: ED UFRN, P. 69- 80, 2009.

SILVA, M. do C. F. et al. Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, p. 155-166, 2001.

SILVA, A.T.de M.C. da; BARROS, S. OLIVEIRA, M.A.F.de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão como intenção e gesto. **Rev. Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>> Acessado em 12 de julho de 2008.

SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>> Acessado em: 10 de julho de 2008.

SOUSA, K.K.B. de; FERREIRA FILHA, M. de O.; SILVA, A.T.M.C. da. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. **Revista Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 14-22, 2004. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1712/1420>> Acesso em 03 de junho de 2008.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n. 2, p. 03-07, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE –A

Questionário aplicado aos Enfermeiros(as) e Médicos(as) da Equipe da Estratégia de Saúde da Família do Município de Pombal- PB

Data: ___ / ___ / _____

Local: _____

Hora: _____ (INÍCIO) _____ (TÉRMINO)

1. Dados de identificação do participante do estudo

Sexo: () F () M

Idade: _____

Estado civil: _____

Ano de Conclusão do Curso: _____

Instituição de formação: _____

Nível da Pós-Graduação:

() Aperfeiçoamento () Especialização

() Mestrado () Doutorado

Unidade de saúde onde trabalha _____

Tempo de trabalho na instituição _____

Tipo de vínculo na instituição () concursado () serviço prestado

Disciplina de Saúde mental no curso: () SIM () NÃO

Locais de estágio em Saúde Mental:

() HOSPITAL DE MODELO TRADICIONAL

() SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

() ATENÇÃO BÁSICA

Tempo de Experiência em ESF: _____

APÊNDICE - B

Entrevista aplicada aos Enfermeiros(as) e Médicos(as) da Equipe da Estratégia de Saúde da Família do Município de Pombal- PB

Questões norteadoras:

- Como está organizada a demanda na unidade?
- Existe uma ação programática específica para a saúde mental?
- Você já realizou algum tipo de cuidado domiciliar em saúde mental?
- Como se dá a resolução dos casos em saúde mental?
- Você se sente preparado para atuar na área da saúde mental?
- Quais os fatores que você considera como sendo os principais desafios para a integração entre saúde mental e ESF?
- Como a equipe controla os medicamentos utilizados pelos usuários com transtornos psíquicos?

ANEXOS

ANEXO –A

Ofício à Secretaria Municipal de Saúde

Pombal, ___/___/___

Excelentíssima Senhora Luciana Linhares de Melo, Secretária Municipal de Saúde, venho por meio deste, solicitar-lhe a permissão para realizar a pesquisa intitulada “SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO REDES E ATANDO NÓS” em todas as Unidades de Saúde da Família do município de Pombal –PB.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Helena Karolyne Arruda Guedes, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande –UFCG, campus de Cajazeiras, sob a orientação da Profa. Dr. Francisca Bezerra de Oliveira.

Atenciosamente,
Helena Karolyne Arruda Guedes

ANEXO – B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa intitulada “SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: tecendo redes e atando nós” está sendo desenvolvida por Helena Karolyne Arruda Guedes aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira e co-orientação do Prof. Ms. José Ferreira Júnior.

Os objetivos do estudo são Conhecer as práticas de produção do cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos Enfermeiros (as) das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Pombal – PB; Identificar se os Enfermeiros (as) das equipes multiprofissionais das ESF desenvolvem ações programáticas específicas para atender a demanda de saúde mental; Pesquisar como os Enfermeiros (as) das equipes de trabalho controlam os medicamentos utilizados pelos usuários com transtornos psíquicos; Compreender se estes profissionais das ESF se sentem preparados para atuar no campo da saúde mental.

A realização deste trabalho parte do pressuposto que se faz necessário repensar a assistência à Saúde Mental, criar estratégias que promovam o estabelecimento de um lugar social ao sujeito em sofrimento psíquico, torná-lo cidadão, sua efetiva participação na rede básica de saúde e a integração entre os serviços substitutivos e a ESF.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Vale ressaltar que, a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Para mais esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586, ou

ainda junto ao pesquisador responsável, o professor Francisca Bezerra de Oliveira, telefone (83) 35312570.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Pombal, ____/____/____.

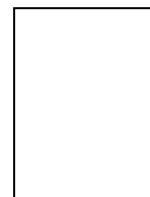
Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Participante

OBS: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha



Pesquisador Responsável: Francisca Bezerra de Oliveira. Endereço (Rua, n.º): Rua João Coleta, 25, Apto: 04- Bairro: Casas Populares. Endereço (Rua, n.º): Rua João Coleta, 25, Apto: 04- Bairro: Casas Populares. Cidade: Cajazeiras-PB. Fone:83-(83) 35314734. Email:E.mail:oliveirafb@uol.com.br Pesquisadora Participante: Helena Karolyne Arruda Guedes. Endereço: Rua João Trigueiro da rocha, 674. Centro, Pombal- PB. Fone: (83) 8630-0262.Email: karolynearruda@hotmail.com.

ANEXO -C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PROFESSOR ORIENTADOR

Eu Francisca Bezerra de Oliveira professora, matrícula 0335100, vinculado(a) Ao Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me pela orientação da aluna do Curso de Graduação em Enfermagem Helena Karolyne Arruda Guedes, cujo projeto de pesquisa intitula-se “SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO REDES E ATANDO NÓS” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UACV.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Professor(a)

ANEXO -D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(A) ORIENTANDO(A)

Eu Helena Karolyne Arruda Guedes, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, responsabilizo-me, junto com minha orientadora a professora Francisca Bezerra de Oliveira e co-orientador José Ferreira Júnior, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO REDES E ATANDO NÓS” comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UACV.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientando(a)

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA AO
COMITÊ DE ÉTICA

<i>Para preenchimento pelo Comitê de Ética da FSM</i>	
Protocolo n.º: 551072010	Data de recebimento: 20/07/2010.

**Título do Projeto de Pesquisa: SITUANDO A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO REDES E ATANDO NÓS**

Pesquisa() Extensão() TCC(X) Especialização() Mestrado() Doutorado()

Nome do Pesquisador Responsável: HELENA KAROLYNE ARRUDA GUEDES
Endereço: Rua João Trigueiro da Rocha, 674. Pombal –PB
Telefone(s): (83)86300262; (88) 99787301
E-mail: karolyneaaruda@hotmail.com

Nome do Pesquisador Participante: FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA
Endereço: Rua João Coleta, 25, apto.: 104. Cajazeiras/PB
Telefone(s): (083) 99854405 (083) 86703289
E-mail: oliveirafb@uol.com.br

Cajazeiras – PB, ___/___/___

Helena Karolyne A. Guedes
Assinatura do Pesquisador Responsável

Recebido 20/07/2010
Húica

