

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem**

Juliana Pinto Bigoto

**Saúde Mental na Atenção Básica: a comunidade como lugar onde se
organiza a assistência**

**Botucatu
2010**

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem**

Juliana Pinto Bigoto

**Saúde Mental na Atenção Básica: a comunidade como lugar onde se
organiza a assistência**

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação em
Enfermagem. Faculdade de Medicina de
Botucatu – UNESP

Orientador: Profa. Adj. Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Bigoto, Juliana Pinto.

Saúde Mental na atenção básica : a comunidade como lugar onde se organiza a assistência / Juliana Pinto Bigoto. - Botucatu, 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Maria Alice Ornellas Pereira

Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Comunidade; Saúde Mental.

A todos aqueles que lutam por uma realidade mais justa, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira pela orientação, apoio e cuidado em todas as fases do desenvolvimento deste trabalho.

À Enfermeira Valéria Winckler Fernandes pela disponibilidade em supervisionar meu estágio curricular.

Aos funcionários da USF Jd. Peabiru por terem me recebido de forma tão acolhedora.

À assistente social Suraia e ao psicólogo Tiago, membros da equipe de Saúde Mental do município, por dividirem comigo seus conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Ivan Amaral Guerrini e aos integrantes do Laboratório do Caos por me ajudarem a buscar meu próprio efeito borboleta.

Aos meus pais Lúcia e Hélio, ao meu irmão André e à minha tia Leila por me proporcionarem o privilégio de estudar em uma universidade pública e por não me permitirem desistir quando tudo parecia muito difícil.

Às amigas Amanda, Alessandra e Camila por compartilharem comigo as risadas e as lágrimas advindas do processo de aprendizagem.

À amiga Andrea pelas conversas e conselhos preciosos.

À psicóloga Letícia pelos momentos de reflexão e auto conhecimento imprescindíveis à minha jornada.

Aos Deuses do Rock por terem me acompanhado desde sempre.

SUMÁRIO

Introdução	9
Justificativa	11
Objetivo	17
Método	18
Contexto da Pesquisa	18
Sujeitos	19
Coleta de Dados	20
Análise dos Dados	20
Resultados	22
Formação e Capacitação	22
Pouca Intersetorialidade	28
Preconceito	33
Considerações Finais	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos	49

RESUMO

Este estudo enfoca a importância do profissional enfermeiro no exercício do cuidado ampliado no âmbito da Saúde Mental na assistência oferecida pela ESF. Tem como objetivo identificar as dificuldades sentidas pelo profissional de enfermagem para a assistência à pessoa acometida pelo transtorno mental. Insere-se nos pressupostos da pesquisa qualitativa, sendo que na coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada e analisamos o material obtido através da análise temática. Das entrevistas foram apreendidos os temas formação/capacitação, pouca intersetorialidade e preconceito. Estes demonstraram que os profissionais sentem falta de habilidades para lidar com a subjetividade do atendimento, que há uma falha na articulação entre os setores da área e que o preconceito ainda está presente na prática profissional.

Palavras-chave: Saúde Mental; Enfermagem; Comunidade.

ABSTRACT

This study focuses on the importance of the professional nurse in the exercise of extended care under the Mental Health of assistance provided by ESF. Aims to identify the difficulties experienced by nursing staff for assistance to people affected by mental illness. Inserts on the assumptions of qualitative research, and data collection used the semi-structured interviews and analyzed the material obtained through the thematic analysis. From the interviews the subjects were apprehended training/capacity building, intersectoral and little bias. These professionals have demonstrated that lack of skills to deal with the subjectivity of care, there is a failure in coordination among sectors of the area and that prejudice is still present in professional practice.

Key words: Mental Health, Nursing, Community

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as políticas de saúde tem se consolidado em nível do mundo ocidental. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata (1978), trouxe aspectos vitais da atenção primária à saúde (APS), que repercutiram pelos países que adotaram as orientações advindas desse evento. Tal acontecimento, embasou as políticas públicas, determinou que a atenção primária à saúde estaria pautada nas questões trazidas pela comunidade nos níveis de atenção preventivo, curativo, reabilitativo e de promoção à saúde, integrada com outros níveis e edificada de modo coletivo com os profissionais de saúde^(1,2).

O processo histórico da evolução dos conceitos e das ações de saúde no Brasil evidencia que os princípios estabelecidos em Alma-Ata, influenciaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾.

No campo da psiquiatria, o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado no final dos anos 70 e intensificado nas décadas de 80 e 90, trouxe mudanças fundamentais para a superação do paradigma anterior, que teve o hospital psiquiátrico como principal representante. Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira que veio junto da Reforma Sanitária, teve como um dos acontecimentos importantes, a realização em 1987, da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental.

Outro marco importante para essa área, já em âmbito internacional, foi em 1990, a realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas, com a participação de 11 países latino-americanos, inclusive o Brasil. Nessa Conferência, patrocinada pela Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), foi aprovada a Declaração de Caracas. Esse documento tornou-se referência histórica no campo da saúde mental, uma

vez que os países envolvidos comprometeram-se na reorganização da assistência psiquiátrica. Na proposta de reestruturação, o hospital psiquiátrico deixa de ser componente central da atenção na área. Concomitantemente, apregoa-se a criação de uma rede de serviços substitutivos e comunitários, sendo os novos serviços, acessíveis, descentralizados, participativos, integrados, com ênfase no exercício dos direitos humanos e na permanência das pessoas acometidas pelos transtornos mentais na comunidade^(4,5).

Nesta pesquisa, procuramos enfocar a importância do profissional atuante no PSF, levantando os principais desafios e dificuldades que se apresentam no que diz respeito à assistência em saúde mental na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica como contribuição no sentido de se acessar informações e analisar as importantes mudanças históricas na assistência e na inserção da Saúde Mental na Atenção Básica. Consideramos que as transformações em curso, também estão ligadas às representações elaboradas pelos profissionais atuantes nos cenários de cuidados à saúde da comunidade. Para tal, é necessário ter em vista o processo de construção de um novo paradigma, que gradativamente vem se configurando.

Torna-se inevitável destacar o processo de desinstitucionalização primeiramente ocorrido na Itália, e que exerceu grande repercussão no Brasil, caracterizado por focar a prática como ponto de partida, envolver as instituições públicas de saúde e toda a sociedade, repensar nova mentalidade que olha o doente e a doença de frente, transformar as relações de poder e produzir estruturas de saúde mental que substituam a internação prolongada nos hospitais psiquiátricos⁽⁶⁾.

A partir desse processo, emerge a reabilitação psicossocial que configura-se como um conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de trocas, de valorização das subjetividades, de proporcionar contratualidade e solidariedade, ultrapassando, assim, a implantação das redes de serviço. Ao ampliar a intervenção nesse campo, Saraceno afirma “a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos”. Dessa forma, evidencia-se a mudança de relações de tutela, para relações de contrato, emergindo inúmeras inquietações que estão

impressas não só na luta contra a institucionalização, mas também, na transformação da sociedade na forma de ver e lidar com os transtornos mentais⁽⁷⁾.

Seguindo tal processo de mudança, ocorreram no Brasil respectivamente, nos anos de 1992 e 2001, a 2ª. e a 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental. No cenário de rompimento com o modelo até então hegemônico, após uma década de manifestações e lutas por maior legitimidade, foi aprovada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, chamada Lei Paulo Delgado, que dispõe acerca dos direitos e da proteção das pessoas acometidas pelo transtorno mental, além de redirecionar a assistência na área⁽⁸⁾.

Nos primeiros anos do século atual, percebe-se movimento por parte do Ministério da Saúde quanto à questão da Saúde Mental na Atenção Básica, embora, anteriormente, em 1978, tal princípio, já tenha sido tratado e recomendado em Alma Ata. Destacamos a edição da Circular da Coordenação de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº. 01/03, intitulada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Este documento norteou aspectos importantes da vinculação pretendida, uma vez que propõe a formação como imprescindível estratégia, propõe a inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica além de propor o Apoio Matricial da Saúde Mental às equipes atuantes na Atenção Básica. Sendo o apoio matricial um suporte especializado, é entendido como metodologia que propõe o oferecimento de respaldo na assistência, como também oferece apoio técnico-pedagógico às equipes de referência^(9,10).

Após quase duas décadas da implantação do Programa de Saúde da Família, adotado pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia importante para reordenar e estruturar a atenção à saúde no país, uma vez que ressalta o vínculo, o acolhimento e a responsabilização pelo território, percebe-se a concreta aproximação do

PSF com o campo da Saúde Mental. Sendo o PSF (atualmente considerado Estratégia Saúde da Família), um recurso de cuidado que solicita o olhar plural frente à complexidade dos diferentes contextos, favorece o surgimento de demandas que antes, permaneciam encobertas pelo paradigma anterior.

Outro importante eixo no cenário da saúde, a Portaria nº.154, de 2008, foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que têm o propósito de ampliar a resolubilidade da Atenção à Saúde. Relativo à Saúde Mental, essa Portaria indica que mediante a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família deverá contar com um profissional da área de Saúde Mental. Os NASFs têm função de apoiar os profissionais das Equipes da Saúde da Família no atendimento à demanda de cada território. Assim, cada NASF deve se responsabilizar por determinado número de unidades ESF, fazendo apoio matricial, como também, articulando com os serviços substitutivos como CAPS, Hospital-Dia, ou Associações, Centros de Lazer, Convívio, Reabilitação, etc⁽¹¹⁾.

Vemos que a partir do processo de desinstitucionalização, amplia-se a necessidade de ações a serem desenvolvidas na comunidade, pois é nela que as pessoas vivem suas experiências. Isso denota que as respostas às demandas deverão ser diferentes do que vinha sendo oferecido até então pelo hospital psiquiátrico. Ao refletir o processo de desconstrução do manicômio, Basaglia afirma que para ocorrerem significativas transformações, é necessário, além de negar o já instituído, também superar e criar, abrindo outras portas que de fato venham acolher a pessoa que vive a experiência do sofrer psíquico⁽¹²⁾.

Campos ao abordar a reinserção social em psiquiatria, ressalta a necessidade da rede básica de atenção estar sensível à interrupção da dinâmica crise-internação-crise, anteriormente denominada por Goffman de “dinâmica da porta giratória”, a qual conduz

à “carreira psiquiátrica” trilhada pelo paciente. Isso evidencia a importância de integração entre os serviços especializados, responsáveis pelo atendimento em saúde mental, e a rede básica do município^(13,14).

Liberato reitera as necessidades de investimento em uma rede diversificada de dispositivos que dê respaldo à pessoa acometida pelo transtorno mental e às famílias no próprio território, enfatiza a importância do fortalecimento da atenção básica funcionando como via de acesso, como filtro, além da criação de uma rede de recursos que ofereça suporte social, de geração de renda, de potencialização de associações, etc⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, emergem questões cruciais para a gestão pública de saúde mental na Atenção Básica, quando se considera as estimativas de prevalência dos problemas psiquiátricos, pois o Brasil apresenta aproximadamente 26% da população com algum problema de saúde mental^(1,2).

Ao longo de sua existência, o Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família, tem se configurado como instrumento importante no processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário-família-profissionais. Vários autores têm explorado essa possível articulação e dentre eles podemos citar Lancetti que narrou a experiência do projeto Qualis na capital paulista, Pereira, Gonçalves e Kapczinski, Luchese, Dalla Vecchia e Martins. Na mesma direção, Breda destacaram que a Estratégia de Saúde da Família converge com as concepções de Reabilitação Psicossocial, pois ambas têm como fio condutor a mudança da prática e do saber em saúde, preconizam a responsabilidade de saúde pelo território, ampliam a participação social, promovem a articulação entre serviços especializados e os que compõem a rede básica, e criam condições concretas para a superação do paradigma anterior centrado na doença.

Também Dell' Acqua e Mezzina enfatizam que pensar a assistência em saúde mental tendo como referência a ética, indica a necessidade de tomada de responsabilidade, que implica em ser responsável pelo cuidado de pessoas em sofrimento psíquico que vivem em determinado contexto e território⁽¹⁶⁻²³⁾.

No entanto, apesar da dos avanços ocorridos no âmbito das Políticas Públicas relativas à área em questão, e da significativa demanda dos transtornos mentais no campo de abrangência do PSF, percebe-se o caminhar lento no sentido de ampliar ações que dinamizem a necessária articulação do cuidado à pessoa/família portadora de transtorno mental na comunidade. Constata-se que a Saúde Mental ainda tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação que abrangem toda a equipe atuante, uma vez que essa área é marcada por representações plenas de exclusão, de preconceitos e de equívocos. Equívocos esses que estão presentes no próprio serviço de saúde. Muitas vezes, os profissionais têm dificuldades de identificação dos transtornos, os órgãos formadores nem sempre acompanham a realidade ocorrida nos serviços, além da carência de educação permanente que contemple um conjunto de atividades pertinentes à área como oficinas, discussões temáticas, sensibilização, etc. Autores como Pereira, Machado, Scarcelli e Alencar, abordam a questão dos profissionais atuantes em serviços novos, tendo velhas práticas, além da permanência de representações derivadas do paradigma psiquiátrico anterior, que refletem no atendimento prestado^(17,18,24,25).

Somado a isso, é preciso considerar o relativo desconhecimento dos transtornos mentais na população em geral. E quando se trata da população menos favorecida socialmente, vemos que há uma carência de informações que reduz o entendimento, a busca de cuidado e o exercício da autonomia.

Há muito que ser pensado, enfrentado, ampliado, e principalmente, construído. Nesta perspectiva, é imprescindível a valorização da teia relacional, como ampliação de

espaços para a atuação dos profissionais de saúde, protagonistas importantes no processo de transformação do paradigma assistencial pretendido. Vemos que o profissional enfermeiro, mediante a função que desempenha no PSF (ESF) como coordenador de equipe, indiscutivelmente, pode ser protagonista importante no desafio de transformar, buscar, criar estratégias de intervenção, além de produzir e compartilhar saberes também no campo da Saúde Mental, uma vez que a essência dessa profissão é o cuidado à pessoa/família. Desse modo, o enfermeiro como organizador de um processo de trabalho desenvolvido por uma equipe, pode exercer considerável influência sobre os elementos que compõe o grupo. Paralelamente, observa-se que esse profissional, na dinâmica do trabalho, tende a permanecer mais ligado e, muitas vezes sobrecarregado, de atividades pertinentes ao desempenho técnico e administrativo, tentando dar conta de muitas demandas. Tal fato pode distanciar os profissionais, no caso o enfermeiro, das questões pertinentes ao sofrimento psíquico, dificultando o cuidado ampliado e a possível articulação entre ESF e o campo da saúde mental.

3 OBJETIVO

Considerando a importância do profissional enfermeiro no exercício do cuidado ampliado no âmbito da Saúde Mental na assistência oferecida na ESF, este estudo tem como objetivo:

Identificar as dificuldades sentidas por esse profissional para a assistência à pessoa acometida pelo transtorno mental.

4 MÉTODO

O presente estudo insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação.

Para Bogdan e Biklen, a estratégia de pesquisa qualitativa possibilita a obtenção de dados descritivos, no contato direto do pesquisador com a situação estudada, numa ênfase maior ao processo que ao produto e na preocupação em retratar a perspectiva dos participantes⁽²⁶⁾.

Turato afirma que a pesquisa qualitativa é embasada na compreensão, denota interpretação de sentidos e de significados que uma pessoa ou um grupo atribui aos fenômenos que lhe diz respeito, que o número e o perfil dos participantes são delineados no transcorrer da pesquisa, não devendo ser o pesquisador apriorista, no sentido de desejar deter informações anteriores à experiência. Desse modo, o pesquisador poderá utilizar o critério de saturação, isso é, a inserção de sujeitos é interrompida quando o conteúdo de uma entrevista passa a apresentar familiaridade com as demais⁽²⁷⁾.

Quanto aos aspectos referentes à Saúde Mental, os estudos de Lima, Dalla Vecchia, Pinto, Pereira e Martins, mostram a necessidade de implementação de ações efetivas que venham subsidiar essa área de atenção à saúde. Por outro lado, ainda é restrita a integração entre os serviços que prestam assistência psiquiátrica na cidade e as unidades que desenvolvem a ESF, havendo pouca inter-setorialidade^(21,28-31).

4.1 Contexto da Pesquisa

A presente pesquisa se insere no contexto da Estratégia de Saúde da Família – ESF, que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades

básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A ESF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população^(32,33).

O Programa Saúde da Família - PSF configura-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação mono-setorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização. Seu caráter é inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde⁽³⁴⁾.

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade⁽³⁵⁾.

No município de Botucatu estão em operação 9 unidades, sendo que em 6 unidades há uma única equipe em atuação, em 2 unidades há duas equipes e em 1 unidade há três equipes em atuação.

4.2 Sujeitos

Os sujeitos do estudo foram 11 enfermeiras que atuam nas unidades que desenvolvem a ESF do município de Botucatu (SP). O critério para escolha dos sujeitos foi a atuação de tempo mínimo de um ano de experiência de trabalho em PSF (ESF).

4.3 Coleta de Dados

Após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp (Ofício N. 167/2010-CEP) e após a anuência dos sujeitos, foram realizados os procedimentos éticos exigidos que precederam as entrevistas.

Nessa etapa, utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada. Para Triviños a entrevista semi-estruturada é “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”⁽³⁶⁾.

Inicialmente as enfermeiras foram contactadas por telefone pela pesquisadora e as entrevistas foram agendadas. A partir deste acordo, as entrevistas foram realizadas em cada uma das unidades de ESF pesquisadas. Essas foram gravadas e tiveram duração média de 20 minutos. No início da entrevista a pesquisadora explicou os objetivos do projeto e os aspectos éticos envolvidos. As questões norteadoras utilizadas foram: “Como você vê a articulação PSF/ESF e Saúde Mental?”, “Na dinâmica de seu trabalho na unidade, quais as dificuldades sentidas para prestar assistência à pessoa acometida por algum transtorno mental?”.

4.4 Análise dos Dados

Após as entrevistas gravadas, as mesmas foram transcritas pela pesquisadora e a partir da “atenção flutuante” o material obtido foi lido repetidas vezes. Utilizamos a Análise Temática para análise das entrevistas. Segundo Bardin, a Análise Temática é transversal, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, onde buscamos os temas significativos ou as unidades de significação. Considera Bardin que o tema é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável: “ a sua validade não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica. Pode construir um tema tanto uma afirmação como uma alusão. Assim, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações e pode reenviar para diversos temas”. Acreditamos que tal pressuposto permitiu buscar os temas significativos ou as unidades de significação, possibilitando o cumprimento do objetivo do presente estudo^(37,38).

A análise teve como referencial a Reabilitação Psicossocial de Benedito Saraceno, como também, autores que enfocam a Saúde Mental na Atenção Básica⁽⁷⁾.

O material apreendido a partir das entrevistas mostrou-se bastante rico de significados, mas para o presente estudo, foram apreendidos os seguintes temas: Formação/Capacitação, Pouca Intersetorialidade, Preconceito

5 RESULTADOS

5.1 Tema: Formação e Capacitação

Os sujeitos ouvidos relataram sentir dificuldades e atribuíram ao despreparo no processo de formação peso significativo, apontando haver uma carência no desenvolvimento de habilidades para lidar com a vinculação, a subjetividade e a afetividade exigidas pelas complexas relações que contemplam a profissão no mercado de trabalho.

“E outra dificuldade que eu percebo também, acho que é o despreparo dos profissionais durante a graduação. A gente vê algumas coisas, mas acho que a carga horária que a gente tem dentro da grade curricular é pouca para o número de atendimentos que a gente faz em saúde mental no nosso dia a dia”(E7)

Segundo Lucchese e Pereira, a formação do enfermeiro progrediu com as reformas sociais no âmbito da saúde, porém foi institucionalizada no processo de divisão do trabalho médico gerando um ensino tradicional e tecnicista. Isso acarretou um descompasso entre ensino e a prática, e um descompasso com as políticas de saúde atuais as quais tendem a priorizar o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade, tornando-se um obstáculo à transformação da assistência. Há a necessidade de organizar o processo de trabalho em enfermagem através da delimitação de objetos e da clareza quanto aos instrumentos e meios, não aprisionando-o em estruturas rígidas, de forma a construir novos saberes, fomentar a

troca de práticas vivenciadas e a criação de uma linguagem similar entre os profissionais^(18,39-41).

Voltando o foco para as questões pertinentes à saúde mental na comunidade, os discursos demonstram haver um distanciamento entre a realidade vivenciada no cotidiano da assistência e o conhecimento adquirido no processo de formação.

“...eu quando fiz minha graduação eu tinha pavor de saúde mental, então eu queria ver tudo menos saúde mental. Só com o passar do tempo, quando a gente acaba entendendo....., mas como a gente trabalha na ESF e atende o paciente como um todo, fica impossível não enxergar algum transtorno mental nos pacientes que tenham....então você fica com os ouvidos bem atentos pra trazer, para ouvir essa demanda que o paciente traz e aí tentar de alguma forma ajudar esse paciente”(E10)

O relato evidencia que a prática pode provocar mudança nos conceitos construídos em fases que precederam a graduação ou que pouco foram mudados nessa fase, passando depois pelo exercício da profissão, evidenciando que a modificação de conceitos antigos, também depende dos recursos, da disponibilidade interna de cada profissional. Por outro lado, podemos pensar que embora os atuais serviços, no caso a ESF, se caracterizem por possibilitar práticas inovadoras, muitas vezes é composto por profissionais formados tendo como referência velhas práticas conforme apontado por Pereira⁽¹⁷⁾.

Além disso, os sujeitos relataram a dificuldade de se juntar teoria e prática mediante a pluralidade que o contexto do trabalho na comunidade apresenta.

“...eu acho que eu tenho uma dificuldade por não saber o que fazer e em como ajudar o paciente que tem alguma problema de saúde mental....São poucos os profissionais que tem preparo para atender esse tipo de demanda” (E7)

Lucchese destacam que o trabalho na comunidade, contém o desafio de se confrontar a cada dia o sofrimento mental trazido pelos sujeitos da assistência em seus mundos concretos, colocando cada profissional diante de pessoas com experiências diferentes. Tal fato nos leva a refletir que isso exige dos atores que compõe o cenário da atenção, um preparo que abrange tanto aspectos teóricos quanto práticos frente às diferentes demandas. E, toda essa dinâmica, é permeada pela condição interna e pelo amadurecimento de cada profissional atuante. Desse modo, trabalhar em serviços que possibilitam novas práticas, não é garantia de transformação, mas pode conduzir à outra compreensão pela constante possibilidade de novas descobertas uma vez que não há receitas prontas, rotinas rígidas de procedimento, as ações e as respostas nem sempre são iguais e isso pode também ser sentido como mais uma barreira a ser transposta⁽²⁰⁾.

Alguns de nossos sujeitos demonstram essa afirmativa:

“....eu acho que com o tempo e com a experiência profissional a gente vai também tendo mais...vai se sentindo mais apto e mais habilitado para trabalhar com essas pessoas” (E2)

“...trabalhando junto com a saúde mental eu acho que gente acaba aprendendo a resolver porque no começo a gente tem muito medo de resolver algum problema, a gente não tem experiência e acha que todo mundo é agressivo ou que vai ou que vai discutir na hora da consulta, mas a gente percebe que isso não é verdade..”(E10)

“...a gente tem que estar de ouvidos atentos para poder entender o que o paciente quer dizer porque às vezes umas pequenas palavras o paciente fala uma coisa e daí você percebe que ele sofre de algum problema na parte de saúde mental, vamos dizer assim, que ele tem alguma coisa que dá para você tentar minimizar o sofrimento desse paciente.” (E10)

No entanto, a falta de capacitação e de investimento nos profissionais formados que atuam nos serviços foi mencionada pelos sujeitos, evidenciando que a carência sentida na graduação, permanece e acompanha a vida profissional.

“Mas eu vejo como dificuldade para trabalhar... eu acho que falta um pouco de preparo, de capacitação do profissional de como lidar com

essa pessoa acometida por um transtorno mental para a gente se sentir mais habilitado para o trabalho com essas pessoas...”(E9).

O relato sugere que os profissionais sentem dificuldades em abordar, acolher, receber e cuidar dos pacientes com transtorno mental. Tal dificuldade gera um trabalho que tende à fragmentação e à perda da percepção da integralidade do cuidado instituído pelo Sistema Único de Saúde, dificultando o seguimento das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Neves destaca a importância da formação do profissional autônomo o qual seja ator das mudanças no contexto social e da saúde. Segundo Silva, torna-se necessário a existência de programas de educação permanente para os profissionais do serviço de assistência à saúde, para que a essência da Reforma Psiquiátrica seja contemplada em consonância com a consolidação das diretrizes do SUS^(40,42).

“Eu acho que eu tenho um pouco de dificuldade às vezes de sentir exatamente o que é esse transtorno mental. E às vezes a pessoa vem: Ah eu estou triste, eu estou isso... Aquilo é depressão...será que é realmente depressão? Então eu acho que faltaria talvez um despertar, uma sensibilização da equipe para ver o que é esse transtorno mental...” (E6)

“São poucos os profissionais que tem o preparo para atender esse tipo de demanda” (E7)

“...falta um pouco de preparo de capacitação do profissional de como lidar com essa pessoa acometida por um transtorno mental para a gente

se sentir mais habilitado para o trabalho com essas pessoas e acho que não é todo enfermeiro não, às vezes eu acho que até o próprio médico tem essa dificuldade...hoje a gente tem essa visão de que realmente as pessoas tem que ser inseridas na sociedade, essa luta anti manicomial, mas ainda a gente tem dificuldade de como lidar com essas pessoas” (E2)

A insegurança e a carência de preparo diante de questões pertinentes à saúde mental, a dificuldade em reconhecer, codificar e classificar o transtorno mental, poderiam ser amenizadas com o trabalho contínuo de reflexão da realidade encontrada no cotidiano dos serviços, visando também a capacitação dos profissionais nessa área. Desse modo, é inegável que o circular de informações que visem atualizar ou reciclar conteúdos teóricos, também contribuem para a melhoria dos conceitos que envolvem os transtornos mentais. Paralelamente, torna-se também importante que os profissionais reflitam sobre a descentralização do eixo-doença derivado do antigo modelo de atenção centrado na vertente biologicista e criem espaços para o exercício da tecnologia leve discutida por Merhy. Esse autor destaca que a tecnologia leve é caracterizada quando há um encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, com a criação de intersubjetividades, momentos de fala, de escuta, de acolhimento, de produção de vínculos⁽⁴³⁾.

Gonçalves reitera que os profissionais que atuam na ESF precisam ter manejo instrumental de suas próprias ansiedades, bem como desenvolver atitude solidária e afetiva diante da realidade da população e de seu sofrimento. No entanto, essa busca de dispositivos internos, é sentida por alguns sujeitos como difícil de ser vivida mediante um contexto composto por plurais demandas⁽⁴⁴⁾.

“Às vezes tem que ter um tempo para ouvir a pessoa e ficar ali, ver o que está acontecendo e isso requer uma disponibilidade pessoal porque tem pessoas que não querem se envolver, então é assim: “não é comigo, é caso para a saúde mental”... Então o primeiro passo seria a sensibilização do profissional que tem coisas que nós poderíamos resolver até com uma escuta mais... ouvindo mesmo a pessoa, às vezes ela só precisa disso.” (E8)

“ A demanda da saúde mental é grande, o número de profissionais reduzido, fora a capacitação que às vezes um gosta mais e outro menos então fica tudo para um e menos para o outro. A saúde mental é uma coisa que sobrecarrega, que cansa, você se desgosta às vezes” (E3)

Embora seja uma das características da ESF, a proximidade entre os profissionais e a população, no que se refere ao sofrimento psíquico, há um conflito que muitas vezes permanece encoberto, criando ansiedades que podem ter como resultado a insatisfação e o distanciamento dos atores envolvidos.

Silva coloca que para humanizar a assistência em saúde mental, é necessário saber comunicar-se, pois a comunicação interpessoal é ponto fundamental para que o profissional adquira a confiança das pessoas atendidas, o que pode facilitar uma assistência mais eficaz⁽⁴⁵⁾.

5.2 Tema: Pouca intersetorialidade

Junqueira, Inojosa e Komatsu definem intersetorialidade como “a articulação de

saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social”⁽⁴⁶⁾.

Os sujeitos ouvidos relataram sentir dificuldades para a atuação conjunta com outros setores de assistência na comunidade, o que indica a existência de um descompasso no fluxo da atenção integral.

“A gente tem um pouco de dificuldade quando a pessoa está em surto psicótico ou algum surto porque precisa de um atendimento mais especializado que a gente encaminha para o Pronto Socorro da Unesp..” (E9)

“...a psiquiatria da Unesp demora muito tempo, o ARE, que está quase para fechar, então também demora, nós não temos para onde encaminhar os casos graves” (E5)

“...sinto dificuldade é em relação à referência e contra-referência desses pacientes, ...a gente tem muita dificuldade para encaminhar esse paciente para um serviço secundário ou terciário” (E7)

Amorin e Dimenstein ao considerarem a dificuldade de articulação da rede de atenção em saúde mental, falam que há uma desorganização de várias portas de entrada, havendo falta de portas de saída, onde a rede não se constrói, pois a descentralização e a conectividade ainda não ocorrem⁽⁴⁷⁾. E isso é relatado pelo sujeito:

“...precisa ter articulação de maneira mais efetiva....Muitas vezes é a gente que encaminha para o nível secundário, terciário e depois não tem essa contra referência, não tem esse retorno. Então eu acho que tem algumas coisas que precisam ser articuladas de fato, acho que falta articulação, acho que esse é o ponto chave.” (E10)

Vemos que a intersetorialidade constitui-se em fator indissociável da integralidade que pede a consideração de aspectos subjetivos na construção do processo do cuidado às pessoas que requerem ajuda. Mattos afirma que a integralidade é problematizada enquanto uma recusa do reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e possivelmente, uma abertura para o diálogo⁽⁴⁸⁾.

Nessa perspectiva, ao elaborar a proposta teórico-prática da reabilitação psicossocial, Saraceno afirma que essa permite conceitualmente romper a dicotomia entre sujeito e contexto, introduzindo um terceiro elemento que é o serviço. Assim, a tríade sujeito-contexto-serviço é dinâmica, interligada, porém, é suscetível ao modo como o serviço se organiza para responder às inúmeras e diferentes demandas surgidas no processo do cuidado em saúde⁽⁴⁹⁾.

Dell’ Acqua e Mezzina enfatizam a responsabilidade efetiva no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, dentro de um determinado contexto e território. Entendem território não somente como área geográfica do bairro, mas como constelação de saberes, culturas, influências sociais, econômicas e afetivas⁽²³⁾.

Desse modo, a existência do vínculo, o envolvimento na efetivação do cuidado, associados ao compromisso dos profissionais para com as pessoas assistidas, foi

demonstrado em alguns relatos dos participantes desse estudo.

“...a manutenção desse paciente também é difícil porque a gente não tem articulação com o CAPS.....temos muitos pacientes com problemas mentais e a maioria faz tratamento no CAPS, então agente só sabe do problema às vezes... quando o paciente para de tomar remédio eles ligam:- ele parou de tomar remédio, você não pode ir lá ver?” (E5)

Outra dificuldade trazida pelos entrevistados foi a problemática da reinserção do paciente da saúde mental na comunidade após atendimento em serviço especializado, pois, devido à falta de articulação entre os setores, a unidade tem que assumir mais responsabilidades do que é preconizado. Associada a esta realidade está a grande demanda de outros setores da unidade o que provoca uma situação de sobrecarga nos profissionais, os quais sentem não estar realizando uma assistência correta.

Segundo Paula, no cotidiano dos profissionais de saúde está presente uma insatisfação com o atendimento, já que, devido à grande demanda de pacientes, não se dá conta do trabalho de forma satisfatória e integralizada. Junto a isso ocorre a efetivação de um trabalho isolado, com pouca comunicação entre os setores⁽⁵⁰⁾. Essa situação é representada pela fala a seguir:

“...dificuldade entre as redes de apoio...um paciente com esquizofrenia, ele fica internado lá no hospital psiquiátrico e vem para a rede. Mas ele

não vem para o posto, ele vem para a família, se essa família não tem uma estrutura, essa família precisa de uma orientação também. Mas aqui a unidade ela não pode assumir tudo, mas também é difícil para a equipe de SM estar vendo toda atividade só com essa família porque tem uma demanda gigante para eles.” (E8)

O relato nos leva a refletir que provavelmente, o caminho para se buscar a melhoria das relações inter-setoriais apresentada, seria a construção de um projeto mais amplo e efetivo que agregasse setores distintos e saberes específicos e promovesse o trabalho em conjunto dos profissionais da área da saúde para que o trabalho não seja sentido como algo penoso e solitário.

Paula afirma também que em ambientes de trabalho nos quais há atuação de equipes de especialistas, embora o objetivo seja o mesmo, prestar assistência humanizada e integral ao paciente, pode existir a fragmentação da atenção e das ações de saúde entre as equipes. Muitas vezes não há inter-relações entre os saberes e o atendimento acaba sendo pontual⁽⁵⁰⁾.

A questão da interação entre a equipe de saúde mental e a equipe da unidade de saúde em seu ambiente de trabalho, trazida pelos entrevistados, mostrou que no mesmo município há diferentes realidades se desenvolvendo, sendo que o trabalho pode ser realizado em conjunto ou não, a partir das diversas visões e posturas adotadas pelos profissionais.

“..a gente precisa muito ter a equipe de saúde mental atuando junto com a gente. E é uma coisa assim bastante interessante perceber que no PSF

a gente trabalha bastante junto ..” (E4)

“... se a gente precisa de um psiquiatra, uma coisa mais urgente, tem que encaminhar para a Unesp. Então isso é um transtorno. Mas com a equipe de saúde mental, a equipe mínima que vem nas unidades a gente trabalha bem” (E4)

“...eu sinto assim que a equipe ainda fica meio que esperando da equipe de SM, a gente não toma frente de fazer....acho que uma das maiores dificuldades é a nossa articulação com a equipe..é um tempo reduzido que elas tem para vir para cá, porque uma vez por semana é pouco...e aí a gente acaba ficando assim mesmo, elas fazem o trabalho delas e a gente faz o nosso” (E6)

Os discursos evidenciam que há fragmentação na prestação do cuidado, o que pode conduzir à uma atenção excludente. Isso denota que para atender as necessidades trazidas pelos usuários ao serviço de saúde, torna-se necessário buscar e construir intervenções a partir das demandas apresentadas, procurando garantir o caráter coletivo das ações e, ao mesmo tempo, não excluir a individualidade e as peculiaridades do sujeito.

5.3 Tema: Preconceito

Os entrevistados trouxeram também o tema preconceito como uma das dificuldades sentidas ao lidar com as questões de Saúde Mental e com o paciente que apresenta um sofrer psíquico.

“Eu acredito que a primeira dificuldade que a gente encontra, é a questão do preconceito. O paciente que tem um problema de SM, quer seja uma depressão ou uma coisa mais leve, quer seja uma coisa mais grave, casos de esquizofrenia que a gente tem pacientes assim, a gente tem aquele preconceito de que, (...) “ah, esse paciente é louco, esse paciente...” coisas assim de muito antigamente que hoje em dia não era mais para a gente ter essa visão. Eu acredito que muitos profissionais no dia a dia ainda tem essa visão do paciente, esse pré conceito mesmo em relação ao paciente. E não só ao paciente, mas ao problema de SM.”
(E7)

Segundo Spadini, no âmbito da cultura, o homem em sociedade adquire costumes, leis, conhecimento, hábitos e comportamentos comuns. Quando, nesse meio, há alguém que se comporta diferentemente, este é estereotipado e visto como um incômodo para a sociedade. Dessa forma, a concepção de loucura está ligada à história do homem, já que o portador de transtorno mental por ter um padrão de comportamento diferente, é considerado inadequado, fomentando o surgimento dos preconceitos e estigmas⁽⁵¹⁾.

Foi possível verificar que embora os profissionais que atuam na ESF tenham clara a idéia de que em seu trabalho devem enxergar o paciente como um todo, quando alguma questão relacionada à Saúde Mental aparece, sua postura pode tomar dois caminhos. O primeiro é pouco ouvir a demanda e desconsiderar o possível problema; e o segundo é ficar atento durante todo o atendimento para perceber, nas mínimas

palavras, a demanda trazida pelo paciente e se organizar e efetivar o cuidado que venha diminuir seu sofrimento.

“...como a gente trabalha na ESF e a gente atende o paciente como um todo, fica impossível não enxergar algum transtorno mental nos pacientes que tenham... algum problema da SM, fica impossível, porque quando o paciente fala ou você finge que você não ouviu e acaba passando por isso ou então você fica com os ouvidos bem atentos para trazer, para ouvir essa demanda que o paciente traz e aí tentar de alguma forma ajudar esse paciente.” (E10)

“...eu acho que a gente tem que estar de ouvidos atentos para poder entender o que o paciente quer dizer porque às vezes umas pequenas palavras o paciente fala uma coisa e daí você percebe que ele sofre de algum problema na parte de SM, vamos dizer assim, que ele tem alguma coisa que dá para você tentar minimizar o sofrimento desse paciente.” (E10)

De acordo com Fernandes, no conjunto de atividades e relações vivenciadas no ambiente de trabalho, os profissionais desenvolvem anseios, desejos, inquietações e expectativas as quais interferem diretamente em suas ações. Segundo Vecchia, ao tomar contato com a realidade vivenciada pelo paciente e se conscientizar das dificuldades enfrentadas por ele, o profissional tende a desenvolver um sofrimento interno o qual afeta diretamente sua atuação^(52,53).

Um aspecto levantado foi o estigma causado pela internação do paciente psiquiátrico. Nesse sentido, os profissionais, os funcionários e a comunidade ainda mantêm sentimentos de medo em relação ao paciente e conservam idéias de agressividade e do “louco”, como o paciente era visto antes da Reforma Psiquiátrica. Os profissionais sentem dificuldades em como agir e acabam por realizar um tratamento diferenciado entre os pacientes portadores e os não portadores de transtornos mentais. Criam-se assim barreiras no atendimento integral e humanizado preconizado pelo SUS, prejudicando-o.

“de maneira geral a equipe tem essa dificuldade com o paciente de SM, “ah, aquele lá foi internado no Cantídeo”, então meio que um preconceito voltado para uma dificuldade no atendimento, não sabe o que fazer.” (E3)

“Eu vejo que muitos profissionais tem medo “ah, eu tenho medo porque o paciente é de SM”. Medo eu não tenho, nunca tive, mas eu acho que eu tenho uma dificuldade por não saber o que fazer e em como ajudar o paciente com... que tem algum problema de SM.” (E7)

“É difícil num primeiro momento você chegar, a pessoa falar “nossa, mas essa pessoa pode ser agressiva, se distancie, tenha cuidado”, mas eu acho que a gente tem que pensar na nossa segurança, mas também, por outro lado, é uma pessoa que merece cuidados e tratamento como qualquer outra.” (E9)

Segundo Jucá, o medo explicitado pelos profissionais ocorre devido à associação da figura do louco, ser perigoso, ao paciente psiquiátrico. O atendimento diferenciado

que eles realizam deve-se à associação deste medo ao sentimento de impotência em não saber lidar com casos de sofrimento mais intenso⁽⁵⁴⁾.

Outra questão tratada foi a disponibilidade e o envolvimento pessoal que o paciente em Saúde Mental requer do profissional, concomitante à demanda requerida pelo seu ambiente de trabalho. Como este paciente demanda um maior tempo de consulta e maior dedicação do profissional nas unidades de saúde, e atualmente a demanda de pacientes em outros tipos de atendimento é grande, por muitas vezes o profissional delega os atendimentos aos pacientes em sofrer psíquico à equipe de Saúde Mental e não se envolve.

“eu acho que uma das dificuldades é que o paciente com uma dificuldade mental, um transtorno mental, ele requer mais tempo, então assim uma coisa que... então eu tenho que ter primeiramente uma disponibilidade do profissional. Se o profissional não quiser ter esse tipo de envolvimento, se ele não quiser, não vai virar, porque ele não vai conseguir ouvir a pessoa, a pessoa vai tentar e não vai conseguir e as coisas não vão acontecer. Porque às vezes tem que ter um tempo para ouvir a pessoa e ficar ali, ver o que está acontecendo e tudo o mais e isso requer uma disponibilidade pessoal porque tem pessoas que não querem se envolver, então tipo assim “não é comigo, é caso para a SM”, já vi esse caso e tem coisas que a gente poderia resolver. Então o primeiro passo é essa sensibilização do profissional que tem coisas que nós mesmos poderíamos estar resolvendo, até com uma escuta mais... ouvindo mesmo a pessoa, às vezes ela só precisava disso.” (E8)

Lucchese, afirma que para ações primárias de saúde, a Saúde Mental não é contemplada pelos programas prescritivos do Ministério da Saúde, e Oliveira aponta que, segundo estudos, não há espaço para a Saúde Mental entre o que é pactuado pelas gestões e o que é instituído pelas equipes de saúde da família na prevenção e promoção de saúde. Dessa forma, os profissionais acabam dando maior importância ao atendimento a outras especialidades em detrimento da Saúde Mental^(55,56).

Há ainda sentimentos de despreparo e falta de capacitação e de formação, relatados pelos entrevistados, para lidar com situações que envolvam a Saúde Mental, gerando preconceito no atendimento.

“Eu acho que falta de preparo da equipe para receber as pessoas com transtorno mental, eu acho que tem muito preconceito, (...) é uma das coisas que a gente busca trabalhar aqui nesta unidade particularmente, e é muito legal de ver o resultado depois, mas as pessoas ainda tem, a equipe ainda tem muito preconceito com o paciente de SM.” (E1)

“... e a falta de capacitação mesmo das pessoas que tem preconceito e acaba não querendo atender, fazendo vista grossa e todas essas coisas.” (E11)

Para Ribeiro, a falta de cursos de capacitação associada à formação falha na graduação são fatores que propiciam a realização de uma assistência incompleta e permeada por preconceitos. Para modificar tal situação, propõe o rompimento com as raízes educacionais e com a visão estigmatizada do portador de transtorno mental⁽⁵⁷⁾.

Uma alternativa considerada pelos entrevistados para mudar o momento atual e diminuir o preconceito é através da inserção no ambiente de trabalho de profissionais capacitados em Saúde Mental que fomentem a conscientização da equipe e da população, desmistificando visões antigas e propagando o ideal da Reforma Psiquiátrica.

“Até esse grau de resistência, preconceito dos funcionários, até mesmo de pacientes. Então tem que ter pessoas especializadas para trabalhar com isso, para estar capacitando a equipe, é muito importante.” (E11)

Segundo Spadini, há a necessidade fomentar a realização de trabalhos de esclarecimento da população em relação à Saúde Mental e divulgação das novas políticas de saúde para que os preconceitos ainda hoje presentes em nosso meio deixem de existir⁽⁵¹⁾.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o profissional enfermeiro exerce dentro de sua equipe, um papel importante de coordenação, que visa organizar e estimular essa equipe no cuidado de um paciente diferenciado, em sofrimento psíquico, e que portanto, influencia o seu grupo de trabalho na tomada de decisões, este estudo teve como objetivo identificar as dificuldades sentidas pelo enfermeiro, para a assistência à pessoa acometida pelo transtorno mental.

Evidenciamos que as dificuldades sentidas pelo profissional de enfermagem ao lidar com pessoas acometidas com um sofrer psíquico perpassam os temas da formação e da capacitação, da pouca intersetorialidade entre os níveis de atenção e do preconceito.

A carência de habilidades sentida pelos profissionais para tratar com situações que envolvam transtornos mentais nos leva a observar que a formação acadêmica não prepara o profissional para lidar com a vinculação, a subjetividade e a afetividade exigidas por esse tipo de assistência. Percebemos um distanciamento entre o conhecimento adquirido e a realidade vivenciada pelo profissional o que acarreta a fragmentação da assistência e a perda da integralidade do cuidado preconizado pelo SUS. Observamos a carência de investimentos, que visem a atualização e a reciclagem dos profissionais. A reflexão sobre a descentralização do ensino biologicista, criando espaço para o desenvolvimento de vínculos entre os sujeitos, a busca da prática associada à reflexão contínua da realidade vivenciada, e o incentivo à transformação da disponibilidade interna do profissional são fatores percebidos como essenciais para a melhoria dos conceitos que envolvem a Saúde Mental e a capacitação dos profissionais de enfermagem.

As dificuldades encontradas nas relações entre as equipes da unidade e a equipe especializada ocorrem devido às posturas e visões adotadas pelos profissionais, havendo pouca inter-relação dos saberes. Já a falta de comunicação entre os setores de assistência à saúde demonstra um descompasso no fluxo da atenção integral. Para que a articulação ocorra de forma efetiva é preciso construir intervenções a partir das demandas apresentadas, garantindo o caráter coletivo da assistência e não deixando de levar em conta as individualidades dos pacientes.

O preconceito ainda está presente no atendimento ao paciente da saúde mental, já que percebemos nas entrevistas, a associação e conceitos ligados à figura do louco e à periculosidade. Desenvolve-se assim o sentimento de medo e a estigmatização da pessoa a qual tem dificuldades de retornar ao convívio social. O profissional ao tomar contato com esta realidade e com a grande demanda apresentada nas unidades de saúde inicia um processo de sofrer interno que o distancia da assistência. Com o sentimento de despreparo e falta de capacitação acaba por delegar o atendimento à equipe especializada. Isso evidencia a necessidade de reinserir o paciente da saúde mental na sociedade de forma a reduzir o preconceito em relação à sua imagem, configurando-se a importância do rompimento com raízes culturais, educacionais e com a visão estigmatizada. Também destaca-se a importância da inscrição de profissionais especializados, pois essa é vista pelos sujeitos como essencial para a capacitação da equipe de saúde e a conscientização da população.

É evidente no presente estudo, que o enfermeiro no exercício de suas funções, tenta dar conta de inúmeras demandas que envolvem a complexidade do processo do cuidar. Portanto, o cuidado integral à pessoa e seus familiares, solicita transpor barreiras, dificuldades, além da necessária incorporação dos aspectos inerentes à saúde mental na dinâmica do cuidar.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade L, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond JM, Carvalho YM (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p.783-835.
2. Andrade LHSG, Viana MC, SILVEIRA CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín. 2006; 33(2):92-102.
3. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. Brasília, 1990. [acesso 2010 02 02]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
4. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Declaração de Caracas. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. In: Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. [Internet]. Caracas, 1990. [acesso em 2009 10 27]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
5. OMS (Organização Mundial de Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana De Saúde). Declaração de Alma-Ata: 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. [Internet]. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
6. Rotelli F, Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F. (org.) Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990, p.17-59.
7. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 2001.

8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2004.
9. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde Mental e Atenção Básica – O Vínculo e o Diálogo Necessários – Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003. [Internet]. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
10. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saude Pública 2007; 23(2):399-447.
11. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24/01/2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [Internet]. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.
12. Basaglia F. A Instituição Negada. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1985.
13. Campos GWS. Modelos de Atenção em Saúde Pública: Um Modo Mutante de Fazer Saúde. Revista saúde em Debate. 1992; 37:16-19.
14. Goffman E. Manicômios Prisões e Conventos. São Paulo (SP): Perspectiva; 1990.
15. Liberato, M.D.M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Caderno. Brasileiro de Saúde Mental. 2009 janeiro/abril;1 (1).
16. Lancetti A. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In: Lancetti A. (org.). Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo (SP): Hucitec; 2000. p. 11-52.
17. Pereira MAO. A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007 julho; 15(4):658-664.

18. Pereira MAO, Paula V, Barbieiri L, Franco MP. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev. esc. enferm. USP 2007; 41(4):567-572..
19. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos Mentais em Comunidade Atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2008 julho; 24(7).
20. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon S. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública 2009 setembro; 25(9).
21. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos Cuidados a Pessoas com Transtornos Mentais na Atenção Básica: aportes para a implementação de ações. Interface – Comunic., Saude, Educ. 2009 janeiro/março; 13(28).
22. Breda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas Estratégias e Desafios Comuns: A Reabilitação Psicossocial e a Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005; 13(3):450-452.
23. Dell' Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): NAU; 2005. p.161-194.
24. Machado MP. Representações de Doença Mental Elaboradas por Profissionais Atuantes na Estratégia Saúde da Família. [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2009.
25. Scarcelli IR, Alencar SLS. Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate. Caderno Brasileiro de Saúde Mental. 2009 janeiro/abril; 1(1).
26. Bogdan R, Biklein S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 1994.

27. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
28. Lima MCP. Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu-SP: um estudo de morbidade e utilização de serviços. [tese doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2004.
29. Vecchia MD. A Saúde Mental no Programa Saúde da Família: estudo sobre práticas e significados de uma equipe. [dissertação mestrado]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP; 2006.
30. Pinto TR. Encontros e Desencontros: a estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental. [dissertação mestrado]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2007.
31. Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SAEGB. A Construção do Programa de Saúde Mental no PSF: estratégia de sensibilização. Cienc, Cuid e Saude. 2008; 7 1):59-64.
32. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família [Internet]. Brasília, 2010. [acesso 2010 10 19]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
34. Ceretta L; 1999. In: Dagostim VS. Custos e Produtividade: limites do gerenciamento de enfermagem. [dissertação]. Criciúma (SC): Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2008.
35. Secretaria da Saúde de Botucatu. Saúde da Família. [Internet]. Botucatu, 2010. [acesso 2010 10 19]. Disponível em: <http://www.botucatu.sp.gov.br/saude>.

36. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
37. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1992.
38. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
39. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
40. Silva ATMC, Silva CC, Ferreira FMO, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005 agosto; 58 (4):411-415.
41. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005 junho; 13(3):450-452.
42. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev. Bras. Enferm. 2010 agosto; 63(4):666-670.
43. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. [monografia]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2007.
44. Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Lancetti, A (org). Saúde e Loucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
45. Silva WV. Reflexões sobre o cuidar em Saúde Mental. In: Jorge MSB, Silva WS, Oliveira FB (org). Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000.

46. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD “EL Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, posibilidades y limitaciones”; 1997 agosto. Caracas; 2007.
47. Amorim AK, Dimenstein M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde colet.* 2009; 14:195-204.
48. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Os sentidos de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS ABRASCO; 2001. p. 39-64.
49. Saraceno B. A concepção de Reabilitação Psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em Saúde Mental. *Rev. Terap. Ocup.* 1998; 9(1):26-31.
50. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2004 agosto; 8(15):331-348.
51. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP* 2006 março; 40(1):123-127.
52. Fernandes JD, Ferreira SL, Albergaria AK, Conceição FM. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002 abril; 10(2):199-206.
53. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde colet.* 2009 fevereiro; 14(1):183-193.
54. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. saúde colet.* 2009 fevereiro; 14(1):173-182.

55. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A saúde mental no programa de saúde da família. In: Anais do 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2007; Florianópolis; Brasil; 2007.
56. Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo (SP): Olho d água; 2006.
57. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. Rev. esc. enferm. USP 2010 junho; 44(2):376-382.

Anexo 1

Comprovante de Aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de maio de 2.010

OF. 167/2010-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Maria Alice Ornellas Pereira
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do
Campus de Botucatu

Prezada Drª. Maria Alice,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3514-2010) Saúde mental na atenção básica: a comunidade como lugar onde se organiza a assistência, a ser conduzido por Vossa Senhoria, com a colaboração de Juliana Pinto Bigoto, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de maio de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para a realização da pesquisa, “Saúde Mental na Atenção Básica: a comunidade como lugar onde se organiza a assistência”, fazemos um convite para sua participação nesta entrevista. Estamos entrevistando enfermeiros/as integrantes da equipe que desenvolve a Estratégia Saúde da Família. Este estudo tem como objetivos compreender como o enfermeiro atuante na ESF vê articulação entre ESF e Saúde Mental e identificar as dificuldades sentidas por esse profissional para a assistência à pessoa acometida pelo transtorno mental.

É importante ressaltar que esta pesquisa poderá contribuir para o aperfeiçoamento da assistência realizada pela ESF, e para consolidar a articulação entre a ESF e o campo da Saúde Mental.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, você poderá não concordar em participar da mesma, e finalizá-la antes ou mesmo durante a entrevista. Você poderá, se quiser, tomar conhecimento do andamento do trabalho ou sua finalização, sendo para tanto devidamente informado/a dos meios necessários para fazer contato com a entrevistadora.

A concordância em participar da pesquisa implica na possibilidade do uso das informações para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Qualquer reclamação a respeito da pesquisa poderá ser encaminhada à pesquisadora responsável, no endereço abaixo.

A entrevista será gravada, e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após a transcrição.

Assim sendo, Eu _____

_____ Identidade nº. _____

após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar dessa pesquisa. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Local e Data

Pesquisadora

Entrevistado

Responsável: Maria Alice Ornellas Pereira - Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Campus Rubião Júnior S/N - CEP: 18 618-970 - Tel: 14-38116070 - e-mail: malice@fmb.unesp.br