



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

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOANA CELINE COSTA E SILVA

**CAJAZEIRAS/PB
2009**

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOANA CELINE COSTA E SILVA



**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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. Esp. Victor Hugo Farias da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
BIBLIOTECA



Dados Internacionais de Catalogação -na- Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras – Paraíba

S586o SILVA, Joana Celine Costa e
 O trabalho de enfermagem em Saúde Mental na
Estratégia de Saúde da Família/ Joana Celine Costa e Silva.
Cajazeiras, 2009.
51f..

Orientadora: Francisca Bezerra de Oliveira.
Co-Orientador: Victor Hugo Farias da Silva.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde da Família. 3. Saúde Mental.
I. Título. 4. *Enfermagem - Trabalho em Saúde*
mental

UFCCG/CFP/BS

CDU - 614
613.85

R

JOANA CELINE COSTA E SILVA

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

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

**Prof. Esp. Victor Hugo Farias da Silva
(Co-orientador)**

**Prof. Ms. José Rômulo Feitosa Nogueira
(Membro examinador)**

**CAJAZEIRAS/PB
2009**

Sinto a presença Dele quando, surpreendentemente dentro de mim, surge uma força quando mais preciso, transformando a minha forma de ver a vida e experienciá-la. Pela oportunidade da evolução espiritual através da superação e pelo aprendizado constante com pessoas tão especiais que montam o cenário de minha vida. À Deus,

Dedico

AGRADECIMENTOS

À “mainha”, Socorro Costa, que encerra em si as possibilidades de ser mulher, mãe, e profissional admirada, carinhosamente, por todos. Foi em teu amor, sensibilidade, exemplo, apoio, força e companhia que me tornei a mulher de hoje e avanço uma etapa tão sonhada na minha vida. Obrigada pelo que sou!

À “papai”, Francisco Noca, que com o seu jeito de ser, atencioso e silencioso, foi também sensível e preocupado. Mesmo nas dificuldades quando eu ainda era pequena, fez tudo o que lhe era possível para que meus estudos fossem prioridade. Muito obrigada. O senhor faz parte dessa vitória!

Ao meu esposo, Enéas Neto, que há quase dez anos estabeleceu comigo uma parceria de amor, respeito, apoio e incentivo. Com a grandeza de seu amor, soube entender a necessidade de minha ausência para a realização desse sonho. Hoje “Meu amor”, te agradeço pelos esforços que tem feito para me fazer feliz. Amo-te!

Às minhas irmãs, Rossana e Bárbara, pela oportunidade de aprender aceitar as diferenças. Por terem me dado a oportunidade de construir junto a vocês uma relação harmonizada e de respeito. Afinal, nos amamos!

À “vovó” Marly e “vovô” Costa, pessoas especiais na forma de agir e de tratar com delicadeza, gentileza e atenção. A alegria de vocês, mesmo em momentos difíceis, fez despertar em mim uma força que me impulsiona a ser feliz todos os dias.

À “vovó” Joana (in memoriam). Meu nome traz consigo tua lembrança de um tempo que eu ainda era criança, mas que se faz hoje, ainda tão marcante pelo carinho que tinha comigo. Carrego esse sentimento bom dentro do meu coração e a sensação de que ainda cuida de mim.

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

À minha turma, com quem muito aprendi em nossas vivências compartilhadas e dificuldades enfrentadas. Agradeço a cada pessoa, por ser, em sua singularidade, tão especial e pela experiência de ter desenvolvido juntos, um verdadeiro espírito de luta.

À amiga Carla Kalline que além de ter me proporcionado desfrutar de uma amizade sincera, me contagiou várias vezes com seu otimismo, determinação e sagacidade. Serei sua amiga pra sempre!

Às amigas Ana, Rafaela, Cíntia e Heloiza que, mesmo tendo nos separado durante o curso, a amizade ainda permanece como algo precioso construído entre nós

Aos amigos da turma 2002.2 da UEPB com quem iniciei minha vida acadêmica e paixão pelo cuidar.

À amiga, Tereza Lourença, com quem construí o alicerce intelectual e moral ao longo de minha vida, hoje fundamental para a continuidade da realização dos meus sonhos.

À Professora Francisca Bezerra que proporcionou junto ao PIBIC/CNPq, o meu aprimoramento intelectual e o despertar para a docência. Com sua simplicidade, sensibilidade, delicadeza e capacidade intelectual me ofereceu, também, a oportunidade de um trabalho interior, referente à minha saúde mental. Aprendi a encarar o sofrimento e ressignificar conceitos e medos em minha vida, que hoje me tornam uma pessoa mais feliz. Sou eternamente grata!

Ao Professor Victor Hugo pela disponibilidade em contribuir com meu Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela atenção, gentileza e simplicidade.

A todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram especialmente para a definição do meu papel como enfermeira. Em especial aos professores: Alana, Moacir, Dionísio, Sérgio, Cezário, Rômulo, Kennia e Cynara.

Ao Dr. Alfredo Minervino e Dra. Socorro Abrantes por me mostrarem outras possibilidades, novos caminhos.

Aos usuários do CAPS, pelo acolhimento, por enriquecer a minha vida com suas histórias de vida e pelo aprendizado proporcionado em nossos encontros.

Aos animais de estimação que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, me proporcionando momentos de alegria e descontração.

À todos que passaram em minha vida, seja pelo gesto ou pela palavra. Obrigada!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Considerações sobre as políticas de saúde e de saúde mental no Brasil.....	13
2.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	14
2.1.2 Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba e no município de Cajazeiras.....	16
2.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Saúde mental.....	18
2.3 A enfermagem e seu papel na saúde coletiva.....	20
2.4 O trabalho de enfermagem na saúde mental na ESF.....	21
3. MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local e sujeitos da pesquisa.....	23
4.3 Posicionamento ético da pesquisadora.....	24
4.4 Instrumento e coleta de dados.....	24
4.5 Análise dos dados.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
4.1 O perfil dos enfermeiros da ESF do município de Cajazeiras.....	27
4.1.1 Aspectos sociais.....	27
4.1.2 Aspectos quanto à formação profissional.....	28
4.2 Narrativas.....	32
4.2.1 As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico.....	33
4.2.2 Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito.....	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	47
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Questionário	
APÊNDICE C- Entrevista semi-estruturada	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária	28
Gráfico 2- Instituição de formação	28
Gráfico 3- Campo de estágio na disciplina Saúde Mental	29
Gráfico 4- Ano de conclusão de curso	30
Gráfico 5- Experiência em ESF	31
Gráfico 6- Vínculo empregatício	32

RESUMO

SILVA, J.C.C. e. **O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

A Reforma Psiquiátrica é compreendida como um novo paradigma em saúde mental e está ancorada em conceitos como desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. É definida como atitude estratégica inserida no plano das políticas públicas de saúde. É a partir da Reforma que o usuário passa a ser visto como um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia e a um tratamento de qualidade de base comunitária. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se como um importante instrumento na rede de atenção em saúde mental uma vez converge para a proposta de assistência dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Este estudo buscou caracterizar o perfil das enfermeiras da ESF do município de Cajazeiras; identificar os cuidados oferecidos pelas enfermeiras da ESF frente às necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental; e avaliar se estes cuidados proporcionados pelas enfermeiras estão fundamentados na noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito nas ações de saúde desenvolvidas. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os sujeitos do estudo foram 14 enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Cajazeiras - PB. Os instrumentos para a coleta de dados foram um questionário contendo questões objetivas e um roteiro com questões norteadoras para a realização das entrevistas. A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. 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 24 a 30 anos e são predominantemente casadas. Em relação à formação profissional todas concluíram o curso em instituições na Paraíba, sendo que a maioria em instituições particulares e no período de 2004 a 2008. 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. Em relação ao vínculo empregatício 6 possuem vínculo também com hospital e/ou outros serviços. Na segunda etapa da pesquisa foi possível constatar que as concepções do processo saúde doença mental expostas pelos sujeitos do estudo estão fundamentadas no modelo biológico contrapondo-se ao modelo de atenção psicossocial e à atual política de organização dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade da ruptura com esse modelo de atendimento, ainda hegemônico nas ações de enfermagem desenvolvidas nas ESF. Isto compromete a efetivação de uma prática cotidiana pautada na noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito. Torna-se premente a necessidade de implementação de políticas públicas municipais que promovam a articulação entre saúde mental e atenção básica, a sensibilização e a formação continuada quanto ao papel social da enfermagem na saúde coletiva, contribuindo para reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de autonomia e (re) inserção social.

Palavras - chave: Saúde Mental. Rede Básica de Saúde. Trabalho de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde pública brasileira nasceu junto ao movimento da Reforma Sanitária, cujo marco se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que demarcou um novo modelo de atenção em saúde, com respaldo na Constituição de 1988. A partir daí, a organização dos serviços de saúde sofreu profundas alterações com a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da implantação de princípios doutrinários e organizativos: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social.

Estes princípios permitiram a estruturação de serviços de saúde, com ênfase na atenção básica, por meio de uma abordagem assistencial equivalente à atenção primária em que os cuidados proporcionados à população estão voltados para o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário. Esses cuidados possibilitam a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999). Esta nova configuração do modelo de atenção favoreceu a aproximação da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde.

A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, desponta como proposta de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente, como estratégia de viabilização dos princípios do SUS e operacionalização das diretrizes em saúde. As ações deixam de ser centradas no indivíduo e na doença, passando ao coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação, a partir de uma rede de serviços resolutivos e da criação de laços de compromisso entre profissionais e população.

Nesse cenário de mudanças, surgiu no final da década de 70, do século XX, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental constituído, inicialmente, por profissionais da assistência psiquiátrica, estudantes e setores da sociedade civil brasileira. Esse movimento tornou-se um marco decisivo no processo de mudança nas políticas de saúde, a partir do debate acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo influenciado pelos movimentos de Reforma nos países Europeus e Estados Unidos.

A proposta consistiu na ruptura do modelo clínico-psiquiátrico de exclusão e isolamento para o modelo de reabilitação psicossocial. Esse novo modelo proporcionou uma nova forma de atender e acolher o doente mental, bem como construir estratégias para desmistificar a idéia do “louco” como ameaça - como “periculosidade social” - e considera o olhar “que ver no diferente a possibilidade de agenciamento de experiências subjetivas” (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007, p.157).

No modelo psiquiátrico asilar o paciente é transformado em objeto, seus projetos e desejos são anulados e passam a ser controlados e vigiados pelos profissionais do serviço. Nesse cenário, o doente não tem poder de escolha em relação às estratégias de tratamento, e o isolamento passa a se constituir condição necessária para o seu processo de “cura”. Esquece-se que o paciente é um cidadão, sujeito de direitos, tem uma história, vínculos afetivos, alguns estudam e/ou trabalham (SILVA et al., 2007, p.264).

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, composta por atores sociais diversificados (usuários, familiares, profissionais de saúde, intelectuais, estudantes, entre outros). Tem como conceito fundamental o de reabilitação psicossocial e é definida como atitude estratégica inserida no plano das políticas públicas. Esse novo paradigma de atenção em saúde mental é compreendido como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental; nega a internação compulsória e o isolamento como forma de tratamento. É a partir da Reforma que o usuário passa a ser visto como um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia e a um tratamento de qualidade de base comunitária (BRASIL, 2005).

Corroborar-se com Coimbra et al. (2005) em que há uma coerência nos discursos da ESF com os de saúde mental, uma vez que estas práticas têm um olhar mais abrangente, integral do sujeito e do processo saúde/doença.

A política da ESF vai ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica uma vez que busca fortalecer o processo de mudança do modelo biológico; ampliar o controle social; diminuir o abuso de altas tecnologias; fortalecer o acolhimento, o vínculo, a escuta e a responsabilização, resgatando a relação profissionais/usuários. Através da ESF tornou-se possível a municipalização das ações de saúde mental, permitindo o avanço do movimento pela Reforma e a desinstitucionalização da doença.

Nessa perspectiva, parte-se do pressuposto de que na interface Saúde Mental e ESF algumas exigências são prementes e comuns: garantir o direito à cidadania, poder de contratualidade social, possibilitar emergir sofrimentos e desejos através de uma escuta atenta; criar novas tecnologias de cuidados; modificar as relações de poder instituídas pelo modelo biológico; viabilizar ações inter-setoriais; capacitar profissionais e contemplar a troca de saberes no trabalho e na comunidade.

Faz-se 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 através da efetiva participação da rede básica de saúde, por meio da integração das ações desenvolvidas nos serviços substitutivos e a ESF.

Os profissionais de saúde mental, que trabalham fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, devem ter um discurso competente e sedutor direcionados à família e à comunidade, como forma de desconstruir a ideia de que o doente mental é um ser incapaz e perigoso. Os profissionais devem buscar construir a necessária tolerância para que a sociedade possa dar continência à diversidade e “desmistificar o “olhar” que vê no diferente, a ameaça” (OLIVEIRA, 2002, p.118).

A equipe de saúde mental deve voltar-se não apenas para o paciente, mas também para o contexto social e familiar no qual o mesmo se insere.

Deve-se compreender a família como extensão do paciente. A família e a assistência precisam ser pensadas em suas múltiplas dimensões, é preciso o desprendimento de preconceitos e compreender a família em sua singularidade, dando o suporte básico, a fim de efetivá-la como parceira e alvo do cuidado em saúde mental (SILVA et al., 2007, p. 263).

Concorda-se com Nascimento e Braga (2004) que a importância da reestruturação da rede de saúde e a habilitação dos profissionais na atenção em saúde mental estão diretamente ligadas à redução da “internação-crise”. Além disso, as atividades devem estar organizadas de forma que assumam papéis de caráter curativo, preventivo e de reabilitação baseadas em relações abertas, flexíveis e democráticas. Estas ações devem ser permeadas pelo diálogo, oficinas de expressão, trabalho grupal e invenção de práticas através de seu poder de criação.

Resultados de uma pesquisa desenvolvida num CAPS do município de Cajazeiras – PB, no ano de 2008, em parceria com a UFCG e financiada pelo CNPq, foi possível constatar, a partir da observação e da análise documental, que o CAPS: não desenvolve uma clínica que atenda a singularidade de cada usuário, estabelece pouca integração com outras modalidades de atenção em saúde, tanto em relação ao hospital psiquiátrico existente no município, quanto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com o hospital geral, uma vez que não existem leitos, nessa instituição, destinados ao tratamento do usuário de saúde mental. Além disso, a noção de rede e território é pouco praticada pelos profissionais do CAPS. Em consequência deste fato, foram identificados outros problemas como: a superlotação do serviço especializado, claramente observada na chegada de usuários no CAPS para resolução de problemas, através de procedimentos ambulatoriais que poderiam ser executados na ESF (o serviço atende, aproximadamente, 400 usuários mensalmente, sendo que destes, 300 são atendidos em regime ambulatorial); um número significativo de internações psiquiátricas (24) entre os usuários do CAPS, apontando para a necessidade de uma rede de atenção que ofereça suporte à família; a necessidade de trabalhar o imaginário social acerca da loucura; de viabilizar a criação de políticas públicas municipais que favoreçam o emprego e geração de

renda desses sujeitos para uma vida com mais autonomia na perspectiva da economia solidária (SILVA; OLIVEIRA, 2008).

A ESF mostra-se como um importante instrumento na rede de atenção em saúde mental, uma vez que converge para a proposta de assistência dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, sendo este um momento para que a saúde e doença mental sejam discutidas e identificadas não só nas unidades especializadas, mas também nos serviços comunitários.

Desta forma, este estudo questiona os cuidados oferecidos aos pacientes com problemas mentais pelas enfermeiras da ESF, no município de Cajazeiras – PB. Procura-se, portanto, apreender se noções importantes da Reforma Psiquiátrica como: integralidade, acolhimento, vínculo e escuta permeiam os cuidados proporcionados por esses profissionais no contexto da ESF.

Neste sentido, buscou-se nesta pesquisa:

- ✓ Caracterizar o perfil das enfermeiras da ESF do município de Cajazeiras - PB.
- ✓ Identificar os cuidados oferecidos pelas enfermeiras da ESF do município de Cajazeiras, frente às necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental.
- ✓ Avaliar se estes cuidados proporcionados pelas enfermeiras estão fundamentados na noção de integralidade, acolhimento/vínculo, escuta do sujeito nas ações de saúde desenvolvidas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Considerações sobre as políticas de saúde e de saúde mental no Brasil

Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória marcada por consequentes avanços e recuos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Em fins do século XIX, surgiram mecanismos de exclusão/inclusão de controle para a força de trabalho no mercado, como política social para atender exigências de um momento histórico marcado pelo capitalismo emergente. Dessa forma, a definição do asilo como lugar propício para a cura e a apropriação da loucura pela medicina, ganharam força. Nasceu então, a psiquiatria como primeira especialidade médica.

No Brasil, o processo de urbanização como política social de “saneamento”, excluía não só loucos como também mendigos e doentes da força de trabalho. E nesse contexto, surgiu a primeira instituição psiquiátrica brasileira o Hospital Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro.

Para a formação do Estado Brasileiro, a necessidade de ordem se fazia premente, nascendo uma preocupação com a saúde pública e a criação de políticas sociais para conter a epidemia e a loucura. A psiquiatria passou a defender a manutenção do controle social do estado, na discussão da etiologia da doença mental. Desta forma, foi promulgada a primeira Lei Federal n. 1132, em dezembro de 1903. Essa Lei reorganiza a assistência aos alienados, configurando-se como a primeira Política de Saúde Mental do Brasil, transformando os hospitais psiquiátricos em instituições de cura/reeducação (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O Sanitarismo Campanhista com enfoque no modelo médico assistencial privatista perdurou até os anos 30, quando no governo Vargas, no sentido de favorecer a força de trabalho através de uma medida política social, escolheu-se a política de saúde como modelo eficaz para a época. Porém essa estratégia não contemplava a assistência psiquiátrica devido a esta não ter status científico, pela ineficácia dos tratamentos, a insalubridade dos hospitais e ausência de medicação específica.

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, deu início à discussão da Reforma Sanitária propondo uma rede municipalizada de saúde. Tal movimento foi

interrompido pelo Golpe Militar, em 1964, favorecendo à indústria da loucura, por meio da expansão de hospitais psiquiátricos privados.

Na década de 70, o fim do milagre econômico revigorou novamente as forças sociais através do Movimento pela Reforma Sanitária, que propunha mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nesta ocasião, foram deliberados os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização e participação dos cidadãos) a serem incorporadas na Política Nacional de Saúde. Somente após a aprovação da Constituição de 1988, demarcou-se legalmente um novo modelo de atenção à Saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1999).

Ao tempo em que a Constituição brasileira de 1988 incorporou algumas propostas da Reforma Sanitária, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental articulava-se no Movimento de Luta pela Reforma Psiquiátrica reivindicando melhores condições de trabalho e assistência humanizada aos doentes mentais, além de propor a elaboração de políticas públicas para a criação de novas modalidades de atendimento.

Este movimento fundamentava-se, principalmente, no conceito de desinstitucionalização proposto pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. De acordo com Oliveira e Fortunato (2007, p. 158), a desinstitucionalização “vai de encontro a toda política de abandono, de desassistência, de sucateamento dos serviços públicos”, uma vez que propõe a desconstrução do paradigma psiquiátrico tradicional calcado no isolamento, por um novo paradigma, ancorado em novas tecnologias de cuidados e em um novo lugar social para o doente mental.

2.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de reforma da assistência psiquiátrica concebe a substituição de conceitos de doença e cura, fortalecendo o processo “existência-sofrimento” do indivíduo, a valorização do cuidar e o exercício de cidadania.

A principal proposta reformista brasileira na área da saúde mental está respaldada no Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), o qual propõe a regulamentação dos direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e sugere a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, ou seja, a substituição do modelo vigente através da implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares, como: inserção de leitos e

criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais; criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); pensão protegida; lares abrigados; e a integração da saúde mental a programas de saúde, movimentos sociais e instituições (NASCIMENTO; BRAGA, 2004; SILVA; OLIVEIRA, 2008).

Após doze anos de tramitação no Congresso, o Projeto de Lei de Paulo Delgado serviu de solo ético para o debate e promulgação da Lei Federal 10.216, em 06 de abril de 2001. 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. Em 2003, a Lei Federal 10.708 foi votada e sancionada e institui o programa de Volta para Casa, objetivando contribuir, efetivamente, para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos (SILVA; OLIVEIRA, 2008).

É sob esse enfoque que se encontram atualmente as propostas e modelos de atendimento em saúde mental decorrentes das Conferências Nacionais de Saúde Mental, como forma de superar as dificuldades da acessibilidade aos serviços de **neste campo**. Atualmente, o grande desafio nesse campo do saber constitui-se em “implementar novas práticas de atenção à saúde que de fato garantam à população acesso universal, integralidade, equidade, uma rede hierarquizada de serviços resolutivos” (DE ANDRADE; BUCHELE; GEVAERD, 2007, p.6).

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras, novas modalidades de atenção em saúde mental fundamentadas na perspectiva da ética, solidariedade, cidadania, produção de vida e invenção da saúde como CAPS, NAPS, Serviços Residências Terapêuticos, hospitais-dia, dentre outros serviços.

O primeiro CAPS criado no Brasil foi o “Luiz Cerqueira”, em São Paulo, em 1987, tornando-se um eixo importante no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Outro evento importante no processo da reforma foi a intervenção, em 1989, feita pelo gestor público municipal da cidade de Santos – SP, na Casa de Saúde Anchieta considerada a “Casa dos Horrores”, devido aos maus tratos aos pacientes psiquiátricos. A partir dessa intervenção, foram criados cinco NAPS. Atualmente, sabe-se, através de um levantamento feito da década de 80 até junho de 2009, que foram implantados 1394 CAPS no país (BRASIL, 2009a).

O Relatório de Gestão de 2007 do Ministério da Saúde apontou que nos últimos quatro anos, a consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo os CAPS, foram objetivos principais de ações e normatizações do Ministério da Saúde, cuja expansão a

partir da relação serviço/população e decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS, implicaram em mudança do cenário da atenção em saúde mental (BRASIL, 2007a).

O que favoreceu a expansão da rede de assistência de saúde mental no país, foi a existência de uma política pública de financiamento que desde 2003, vem possibilitando tramitação facilitada através do repasse direto para cada CAPS. Ao fim de 2004, os incentivos para os CAPS passaram a ser antecipados, ou seja, repassados antes do serviço estar em funcionamento. Este foi um dos principais mecanismos de indução da implantação destes serviços nos municípios nos últimos anos.

Conforme Relatório da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, um dos principais desafios da Reforma é a promoção da cidadania das pessoas com problemas mentais, por meio da potencialização do trabalho e geração de renda como instrumentos de inclusão social dos usuários dos serviços substitutivos em saúde mental (BRASIL, 2005).

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando, nos últimos anos, com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte. Esses leitos devem ofertar acolhimento integral ao paciente em crise e promover articulação com outros dispositivos de referência para o paciente (BRASIL, 2007a).

2.1.2 Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba e no município de Cajazeiras

Em 2002, o estado da Paraíba tinha implantado apenas 02 CAPS e, em 2006, esse número passou a 30. Neste mesmo ano, o estado ocupava o 2º lugar no ranking de cobertura assistencial por 100 mil habitantes entre os 27 estados do país. Desde 2007, a Paraíba é 1º lugar no ranking com parâmetro de cobertura muito boa (acima de 0,70) (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2008).

Especificamente, no município de Cajazeiras – PB, em outubro de 2001, constatou-se o início do processo de Reforma Psiquiátrica, a partir da criação do CAPS I para tratamento de transtornos mentais. Essa modalidade de atenção em saúde mental busca fundamentação na perspectiva da ética, solidariedade, cidadania, produção de vida e invenção de saúde. O CAPS funciona em dois turnos, de 7h30 às 17 horas; atende pacientes com transtornos mentais em regime aberto, através de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional, que estimula a manutenção de contratos terapêuticos desenvolvendo atividades terapêuticas (grupais, individuais), terapia

medicamentosa, oficinas de música e dança, visita domiciliar, entre outras atividades (SILVA et al., 2007).

A necessidade do trabalho em equipe de profissionais de diferentes formações decorre do fato de que o sofrimento mental é um fenômeno complexo, multidimensional. Assim, as formas de acesso ao “sofrimento-existência” devem ser as mais diversificadas possíveis, desenvolvidas por diferentes profissionais e seus diferentes “olhares” e linguagens.

“É desta diversidade que podemos construir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, desenvolver formas de cuidados que atendam a globalidade da pessoa em sofrimento psíquico” (OLIVEIRA, 2002, p. 178).

No CAPS, as atividades realizadas no próprio serviço e na comunidade têm possibilitado aos usuários uma primeira aproximação com a (re) construção da sua cidadania. Estas atividades são baseadas em ações de autocuidado, estímulo à aprendizagem, criatividade, socialização, aquisição de informações atuais, comemoração de datas festivas, uso de medicação regular e realização de passeios pela cidade, que possibilitam a ampliação do lugar social dos usuários em tratamento. Essas atividades tornam-se, neste contexto, ferramentas inovadoras de reabilitação psicossocial no cuidado em saúde mental, uma vez que possibilita ao usuário melhora da auto-estima e da autonomia (SILVA et al., 2007).

A rede de Saúde Mental situada no município de Cajazeiras - PB consiste de um CAPS criado em 2001, por meio de um protocolo de Cooperação Técnico-Científica entre o CFP/UFPB e a Prefeitura Municipal de Cajazeiras. Em 2006, foi criado o CAPSad destinado ao tratamento de dependentes químicos de álcool e outras drogas e, em 16 de fevereiro de 2009, foi inaugurado o CAPSi, destinado ao tratamento de crianças e adolescentes que necessitam de cuidados psicossociais. No município, também há um hospital psiquiátrico privado de modelo tradicional que oferece 30 leitos de internação psiquiátrica pelo SUS e 32 particulares. No hospital geral da cidade, não há leitos integrais de saúde mental (SILVA et al., 2007).

Deverá ser implantada, ainda este ano, uma Residência Terapêutica, consolidando assim, uma rede de atenção em saúde mental neste município.

2.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Saúde mental

Através da atenção básica, os serviços de saúde desenvolvem um conjunto de ações que visam à promoção, proteção, reabilitação, cuidados e tratamento de pacientes, constituindo-se a chamada atenção primária. Sua operacionalização ocorre por meio de um Programa do Ministério da Saúde, criado em 1994, objetivando reorientar o modelo de atenção à saúde no plano assistencial, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada um dispositivo dos sistemas municipais de saúde, uma vez que integra atividades em uma área delimitada, facilitando à população cobertura por esse nível de atenção e co-responsabilidade (DE ANDRADE, BUCHELE, GEVAERD, 2007).

A ESF visa uma assistência que valoriza a formação de vínculo com a população, integralidade da atenção, enfoque multidisciplinar no trabalho em equipe e promoção da saúde, através do fortalecimento das ações inter-setoriais e participação da comunidade, consolidando, assim, o Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2000 apud COIMBRA et al., 2005). Nestes espaços onde se formam a porta de entrada do sistema de saúde, o ato de cuidar envolve uma postura constante dos profissionais, bem como da família e da comunidade, tomando todos responsáveis neste processo.

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde o usuário é percebido numa abordagem relacional como participante de suas redes sociais. Adotar o território, como estratégia, fortalece a ideia de integrar a rede de saúde e social das comunidades a uma tomada de responsabilidade pela atenção em saúde mental, estabelecendo parcerias com projetos da sociedade, com o CAPS, instituições, associações, espaços da cidade.

O território engloba além da área geográfica, as pessoas, as instituições, os cenários. Desse modo, trabalhar com a concepção de território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os saberes, os recursos, os componentes, as forças concretas da comunidade, construindo coletivamente soluções e multiplicidade de trocas entre as pessoas e a atenção em saúde mental, objetivando a construção da cidadania e a inserção social das pessoas com problemas mentais (SILVA; OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2005).

A formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado em saúde mental pauta-se no direito de o usuário ter o seu lugar social, inclusive sua unidade sanitária de referência articulada para uma estratégia de acolhimento com os demais dispositivos na

rede de atenção à saúde. A noção de integralidade aponta para a necessidade de horizontalização dos serviços, superação do saber fragmentado e de tecnificação dos cuidados.

Schimith e Lima (2004) lembram que nestes espaços o acolhimento se configura a partir da capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades, adequando recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos diversos presentes no cotidiano e na singularidade dos sujeitos, de modo à melhor satisfazê-los quanto as suas necessidades.

No momento atual, em que a Saúde Mental e a atenção básica devem se colocar em estreita vinculação, como espaços de trocas afetivas, saberes e práticas mais criativas, a prática cotidiana dos profissionais mostra-se permeada por fragilidades e contradições, como: o caráter prescritivo e autoritário dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo da equipe de saúde para lidar com o usuário em sofrimento psíquico e as necessidades subjetivas do cotidiano; a medicalização dos sintomas e a fragilidade do sistema de referência e contra-referência (BRÊDA et al., 2005).

O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades de saúde que formam os níveis primário, secundário e terciário de atenção, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Já a contra-referência, inversamente, compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992 apud JULIANI; CIAMPONI, 1999).

Observa-se também, a limitação de ações pautadas apenas na execução dos programas ministeriais. As ações de saúde mental que são eventuais na ESF, não apresentam estrutura adequada de atendimento e por isso não há sistematização para um atendimento de qualidade. Dessa forma, é possível afirmar a necessidade da qualificação dos profissionais da ESF para que o direcionamento dessas ações seja intencional, com criatividade e sensibilidade, aliados à renovação do conhecimento para a efetivação de um atendimento de base comunitária.

A reorientação do modelo assistencial vinculada ao componente da saúde mental é um processo complexo e lento, porém fundamental para lidar com as demandas populacionais. Dentre os princípios formalmente determinados pela política nacional de saúde, dois deles têm repercussão direta na associação entre saúde mental e atenção básica: a acessibilidade e a integralidade. O primeiro diz respeito ao alcance dos usuários ao serviço de saúde mental. O outro princípio de orientação do modelo de assistência à saúde refere-se às ações e serviços de saúde que devem funcionar como um conjunto articulado capaz de atender em todos os níveis de complexidade do sistema. Geralmente, a integralidade enfrenta problemas ligados à

influência do modelo tradicional de assistência e pelo papel de especialistas que os profissionais assumem (DE ANDRADE; BUCHELE; GEVAERD, 2007).

Sampaio e Barroso (1997) exemplificam as 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.

Casé (2001 apud COIMBRA et al., 2005) sugere que em municípios que possuam CAPS deve haver também ampliação da comunicação entre este serviço e as equipes de saúde da família, o que proporcionará maior qualidade e rapidez no atendimento das demandas que normalmente são da saúde mental, desafogando, conseqüentemente, os serviços especializados. Aliado a isso, o oferecimento de políticas municipais de saúde mental e treinamento para equipes, poderá resultar na diminuição de internações hospitalares.

“É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamento de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 26).

2.3 A enfermagem e seu papel na saúde coletiva

A saúde pública consiste em um instrumento técnico-político de uso do Estado para evitar riscos e danos à saúde por intermédio da promoção e proteção, cujas práticas se voltam tanto para o individual (programas ministeriais), como para o coletivo (campanhas de vacinação e educação em saúde).

A saúde coletiva é um campo que surgiu no fim da década de 70, diante da necessidade da incorporação de outros saberes na discussão acerca do processo saúde-doença, convergindo para a interdisciplinaridade e diversos “olhares” em função das relações que estabelecem no cotidiano. Ela busca, portanto, reconhecer além do corpo biológico e da causalidade, outra concepção de homem, como um ser social, em constante relação com os outros e com seu meio. Este homem é, ao mesmo tempo, sujeito, ator social, protagonista e

objeto da ação, aquele que se submeterá às intervenções (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A enfermagem no trabalho da saúde coletiva utiliza seus saberes e técnicas para produzir ações sociais que envolvem gestão, educação, sistematização da assistência, assim como aspectos de acolhimento, vínculo e escuta atenta, na perspectiva da integralidade da assistência.

O cuidar se configura no cotidiano na identificação de necessidades humanas historicamente determinadas e por isso o projeto de trabalho é constantemente reformulado. Deve-se trabalhar em consonância com os princípios do SUS, respeitando, sobretudo, o direito à cidadania do usuário.

A enfermagem, tendo o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, manifesta potência para transitar em diferentes campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, ou melhor, tendo como foco a pessoa a quem cuidará, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001, p.237).

No processo assistencial de enfermagem em saúde coletiva, é feito uso de tecnologias que incluem tanto equipamentos materiais quanto relações entre os sujeitos no processo de assistência, que dizem respeito à escuta, ao atendimento humanizado e ao vínculo através da construção da autonomia do usuário.

2.4 O trabalho de enfermagem na saúde mental na ESF

A ESF é um dispositivo para a efetivação do Sistema Único de Saúde consistindo num trabalho de base comunitária que pode ser empregado no sentido da municipalização das ações de saúde mental, aproximando essa área específica com o SUS e permitindo o avanço do movimento pela Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da desinstitucionalização da doença (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004).

Corrobora-se ainda com as autoras, que dentre os princípios do SUS, a integralidade resume em si a idéia transformadora do modelo de assistência através da noção de um cuidado que não concebe a disjunção mente-corpo, ainda presente na prática dos trabalhadores da saúde que atuam no SUS.

Através da efetivação da Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro deve trabalhar com o sofrimento das pessoas e a sua relação com as forças sociais, numa prática interdisciplinar. Na saúde mental, deve-se ter como grande meta a prevenção dos transtornos mentais e agravos como também, a inclusão na vida em comunidade evitando a reincidência da crise-interação-crise (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Oliveira, Silva e Silva (2009), em estudo realizado em serviços de saúde mental nas cidades de Cajazeiras e Sousa-PB acerca da prática cotidiana do profissional de enfermagem, apontaram que o enfermeiro estabelece o primeiro contato com o usuário e que esse fato constitui-se como fundamental, uma vez que significa o momento de construção de vínculos de confiança, de modo a possibilitar acolhimento, escuta comprometida e relações interpessoais entre profissionais, usuários e familiares. Destacam ainda, que a ênfase norteadora do processo de trabalho deve ser a produção de vida, do aumento da capacidade do usuário estabelecer trocas sociais, visando maior autonomia deste.

Esse momento de transição requer um novo processo de trabalho de potencial transformador capaz de agregar significados através de práticas solidárias, visando à superação do olhar voltado à doença, à medicalização e à cura. Essas mudanças implicam em novos cenários que exigem ações reflexivas e educação permanente dos enfermeiros, como também de toda a equipe que desenvolve trabalho na ESF.

De acordo com Sousa, Ferreira Filha e Silva (2004), uma das contradições produzidas no trabalho no âmbito do SUS, por meio dos Programas Saúde da Família, é, precisamente, a não inclusão das ações de saúde mental imediatamente a sua constituição. Dessa forma, o novo modelo reproduziu um aspecto do modelo tradicional de assistência, por não incorporar a área de saúde mental como uma de suas prioridades, direcionando os profissionais para atender às demandas da população e desenvolver ações determinadas pelos Programas de Saúde do Idoso, da Mulher e da Criança.

O momento atual é favorável para reflexões sobre a finalidade do processo de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica, que orientem a utilização dos recursos materiais, a construção de novas práticas, com novos contornos e ampliação do objeto do cuidar pautados na valorização do sujeito-cidadão em sofrimento mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

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

O quantitativo e o qualitativo traduzem cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença [...] Parte-se do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.195 e 215).

Os dados quantitativos dão ênfase ao perfil social e de formação profissional das enfermeiras que trabalham na ESF em Cajazeiras- PB.

Os dados qualitativos dão destaque aos significados atribuídos pelas enfermeiras sobre as ações de enfermagem em saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, procurando perceber se noções importantes como: integralidade, acolhimento /vínculo e escuta do sujeito permeiam essas ações, as quais são fundamentais na promoção de saúde mental dos pacientes.

3.2 Local e sujeitos da pesquisa

O cenário do estudo são as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do Município de Cajazeiras, “Alto Sertão da Paraíba”. O ano de referência da implantação do PSF na localidade foi em junho de 2000, com cinco UBSF, sendo três destinadas à zona rural e duas à zona urbana. Atualmente, o município dispõe de 14 UBSF com cobertura territorial que se aproxima a 100%.

O município de Cajazeiras – PB possui área territorial de 526,28 km², e segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2008, o município tinha estimativa populacional de 57627 habitantes (IBGE, 2008).

Neste estudo, optou-se trabalhar com 14 enfermeiras que atuam nas UBSF do Município de Cajazeiras. A escolha destes sujeitos pautou-se na observação de que a maioria

das atividades desenvolvidas nas UBSF, são efetuadas por enfermeiros, como: administrativo-gerenciais, capacitação dos profissionais, supervisão em campo, participação em reuniões com a comunidade, realização de palestras e visitas domiciliares (NASCIMENTO; BRAGA, 2004). Além disso, estes profissionais são atores importantes no processo de acolhimento e manutenção do vínculo neste serviço.

Na primeira etapa da pesquisa trabalhou-se com a caracterização dos sujeitos através do perfil social e de formação profissional. Na segunda etapa optou-se trabalhar com as narrativas de 10 enfermeiras com tempo de trabalho acima de 6 meses.

A delimitação desse número de participantes decorre do entendimento que transcorrido esse período, o profissional de enfermagem, possivelmente, tenha informações básicas da população atendida na área de abrangência de sua UBSF, bem como desenvolva ações de saúde pautadas nos princípios que norteiam as políticas de saúde vigentes no país (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004).

3.3 Posicionamento ético da pesquisadora

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, com parecer favorável sob o número de protocolo 01390209.

A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa.

Para tanto, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação E1 à E10 na preservação do anonimato dos mesmos.

3.4 Instrumento e coleta de dados

Para a primeira etapa da pesquisa foi utilizado um questionário contendo questões objetivas (APÊNDICE B) 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, o tempo de experiência na ESF e o vínculo empregatício com outras instituições.

Na segunda etapa da pesquisa, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C) com questões que nortearam as narrativas em direção aos objetivos do estudo, a saber: Como se dá a articulação entre os serviços de saúde mental no município e a rede de atenção básica? Quais são as ações de enfermagem em saúde mental desenvolvidas nesta unidade básica de saúde? Conceitos importantes como integralidade, acolhimento, vínculo e escuta “permeiam” os cuidados proporcionados pelos enfermeiros na ESF?

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2009. Todas as informações obtidas na coleta de dados foram gravadas pela pesquisadora deste estudo.

3.5 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.

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 justificase 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 directos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p. 153). Esta técnica de análise possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos sujeitos.

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 das enfermeiras 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.

Nesse trabalho, optou-se avaliar os cuidados de saúde desenvolvidos na ESF por enfermeiras a partir das noções de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito.

A integralidade envolve a abrangência de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. O profissional que cuida do indivíduo, em seu contexto familiar e na comunidade, deve ter a visão de indissociabilidade mente-corpo e a compreensão do adoecimento com repercussão na existência do sujeito (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004).

A noção de acolhimento/vínculo refere-se à relação estabelecida na porta de entrada da unidade pela equipe de profissionais com os pacientes, configurando-se numa conduta essencial ao ofício de cuidar, favorecendo a utilização regular do estabelecimento da autonomia e cidadania.

Matumoto (1998) explica que o acolhimento desvenda a implantação do SUS e como os profissionais se posicionam frente aos princípios do mesmo. Analisar o acolhimento e vínculo na ESF passa pela necessidade de conhecer o que ocorre durante a realização do trabalho em saúde e “apreender a intencionalidade do trabalhador por meio do projeto pensado, antes mesmo de sua execução” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1488).

A escuta do sujeito requer uma disposição interna de acolher signos explícitos como não explícitos e uma busca de registros que viabilizem campos de trocas, ou seja, encontros de fluxos que requerem engajamento. Como afirmam Silveira e Vieira (2007), a escuta exige um “olhar” atento e a valorização das verbalizações do sofrimento do paciente, contrário às fórmulas de racionalidade do modelo tradicional: “problema-solução” e “doença-cura”. A “escuta clínica solidária” está pautada na ética da diversidade, da tolerância e da inclusão social e no compromisso com a construção da cidadania em que o paciente é reconhecido como sujeito de direitos (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A partir das leituras e (re) leituras do texto, produzido pelas entrevistas realizadas com os profissionais, emergiram os seguintes temas: **As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico e Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito.**

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O perfil das enfermeiras da ESF do município de Cajazeiras

Os resultados apresentados relacionam-se com a caracterização do perfil de 14 enfermeiras que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cajazeiras - PB.

Para a apresentação dos resultados, consideraram-se as variáveis de identificação dos profissionais, como: sexo, idade, estado civil, ano de conclusão de curso, instituição de formação, a existência da disciplina de saúde mental no curso, campo de estágio da disciplina, o tempo de experiência na ESF e o vínculo empregatício com outras instituições.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da saúde são importantes para se obter informações mais amplas do perfil dos integrantes desses serviços (COTTA et al., 2006).

4.1.1 Aspectos sociais

Os sujeitos deste estudo, em sua totalidade, são do sexo feminino (100%). Este dado tem importância na história da enfermagem, despontada no Brasil, no século XIX, e que é marcada pelas atividades de cuidar sempre atribuídas à mulher, de tal modo que a profissão foi se tornando eminentemente feminina, influenciada por questões culturais e de gênero, associada à definição de papéis (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Quanto à idade apresentam entre 24 e 60 anos, sendo que a maioria se encontra entre 24 a 30 anos (50%); da totalidade dos participantes deste estudo 09 (64,29%) são constituídas por pessoas casadas.

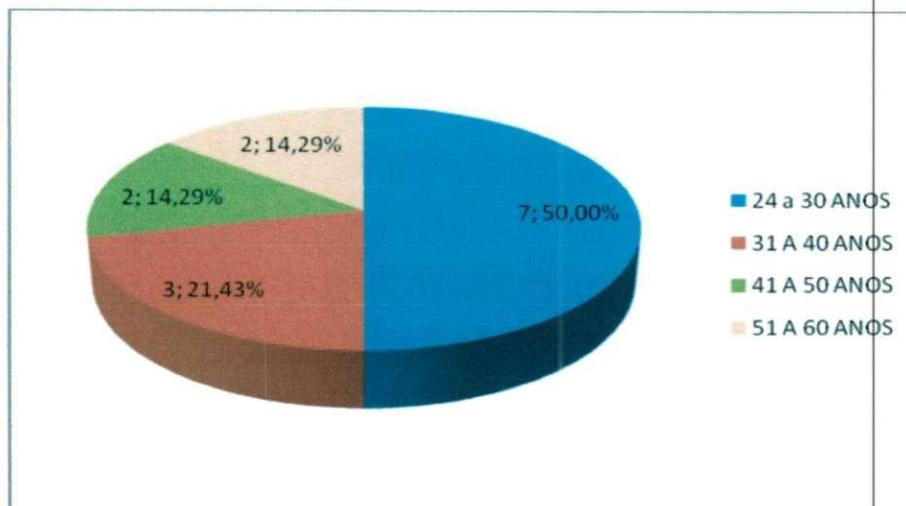


Gráfico 1 – Faixa etária

Pode-se afirmar que é um grupo constituído por pessoas jovens, provavelmente, com maior disposição e disponibilidade para o exercício do trabalho em saúde.

4.1.2 Aspectos quanto à formação profissional

Em relação à formação profissional todas concluíram curso de graduação em enfermagem em instituições na Paraíba, sendo que a maioria em instituições particulares (71,43%)

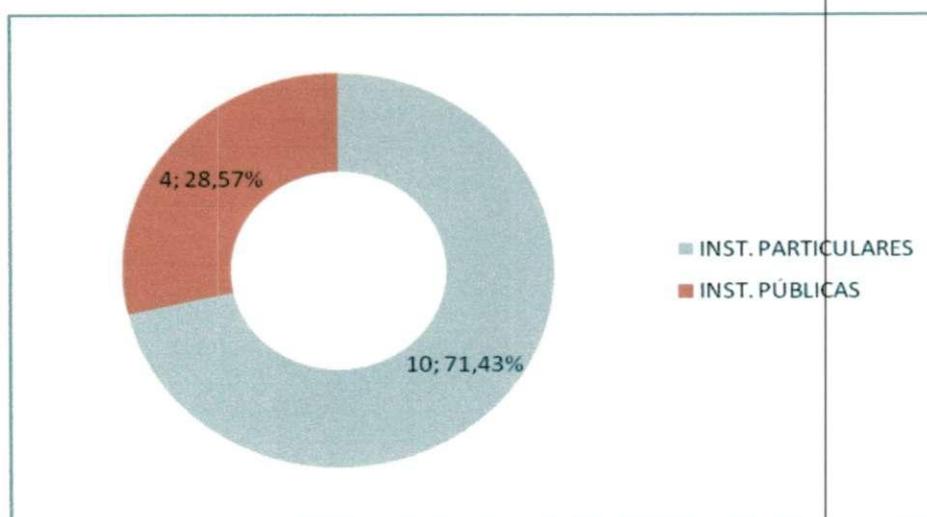


Gráfico 2 - Instituição de formação

O ensino de Enfermagem na Paraíba remonta a 1933, quando foi instituído um curso para o treinamento teórico-prático de enfermeiros, mas somente em 10 de julho de 1954 foi

criada a Escola de Enfermagem da Paraíba, pelo Decreto-Estadual n°. 1064, sob a tutela do Departamento Estadual de Saúde. Quatro anos depois, seu funcionamento foi autorizado pela Portaria Ministerial n°. 365, de 9 de junho de 1958 (NÓBREGA, 1979 apud ARAÚJO; SILVA, 2007).

Araújo e Silva (2007) apontam em um estudo sobre o percurso histórico do ensino de enfermagem na Paraíba, que o modelo de formação profissional privilegiava as ciências biológicas, voltado para a assistência curativa e individual, desenvolvido mediante o emprego de procedimentos técnicos e com valorização da especialização. Contudo, o curso apresentou uma série de avanços na sua estrutura curricular, com o aumento da carga horária, valorização das disciplinas das ciências humanas e formação generalista.

Depois da Constituição de 1988, quando a saúde foi reconhecida como um direito de cidadania e se instituiu o SUS como política de saúde, requerendo um novo perfil profissional, os vários cursos da área da saúde passaram a discutir a necessidade de revisão do ensino. Na área de Enfermagem vislumbrou-se a necessidade de formação de profissionais comprometidos com a sociedade e com os problemas de saúde, numa perspectiva de articulação teoria e prática, dentro de uma visão crítica da realidade considerando a complexidade do ser humano e o contexto em que ele vive.

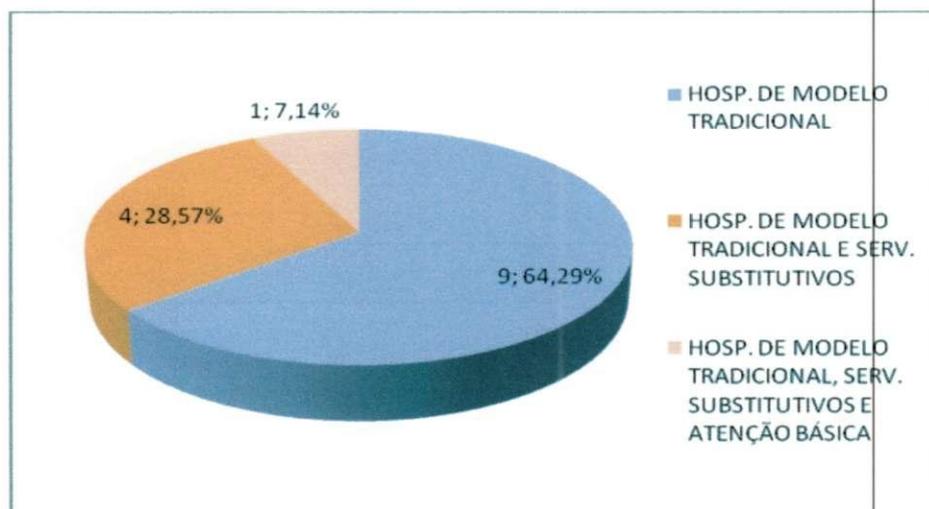


Gráfico 3 – Campo de estágio na disciplina Saúde Mental

Todos os sujeitos afirmaram ter na estrutura curricular de seu curso a disciplina de saúde mental, porém observou-se que os campos de estágio para o desenvolvimento prático desta disciplina apresentaram limitações.

Observa-se no gráfico que 09 enfermeiras (64,29%) realizaram atividades práticas e contato com pessoas em sofrimento psíquico apenas no hospital de modelo tradicional durante

a disciplina de saúde mental; em hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos verificou-se um número menor, apenas 04 (28,57%) e apenas 01 enfermeira (7,14%) realizou estágio nas três modalidades - hospital tradicional, serviços substitutivos e atenção básica.

Em um estudo realizado em 2000, acerca de uma reflexão do ensino das disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental nas universidades públicas do Rio Grande do Sul, ministradas no curso de graduação em enfermagem, as autoras apontam que:

[...] os estágios continuam a ser realizados nos hospitais psiquiátricos enfatizando as psicopatologias, acentuando a manutenção do modelo manicomial. O ensino é reproduzido de forma fragmentada, dicotômica, centrada na instituição psiquiátrica, reforçando os saberes e práticas de exclusão da loucura embora contraditoriamente combatendo-os em seu discurso, mas não na escolha e reprodução do seu conteúdo (KANTORSKI; SILVA, 2000, p.33).

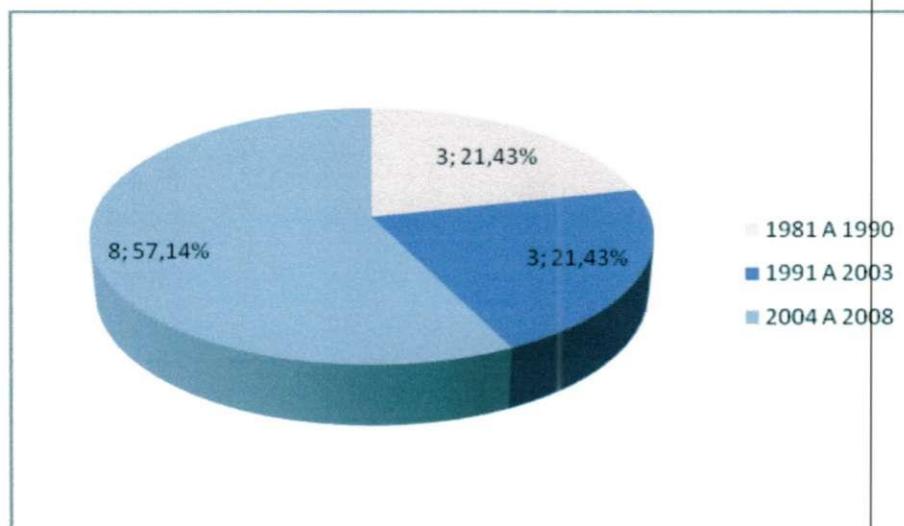


Gráfico 4- Ano de conclusão de curso

Quanto ao ano de conclusão de curso de graduação em enfermagem, 03 enfermeiras (21,43%) concluíram no período de 1981 a 1990; 03 (21,43%) no período de 1991 a 2003 e 08 (57,14%) de 2004 a 2008.

Confrontando os gráficos do ano de conclusão de curso com o do campo de estágio da disciplina de saúde mental, percebe-se que das 08 enfermeiras (57,14%) que concluíram seu curso no período de 2004 a 2008, 03 destas estagiaram, exclusivamente, em hospital de modelo tradicional e apenas 05 realizaram estágio também em serviço substitutivo. Observa-se também, que somente no ano de 2008, a saúde mental na atenção básica foi contemplada como vivência acadêmica para 01 enfermeira (7,14%). Estes dados refletem uma contradição

em relação ao momento de ressignificação dos saberes em saúde mental, expansão dos serviços substitutivos e ampliação do espaço de atuação e intervenção na saúde-doença.

A expansão da rede CAPS iniciou-se na década de 90 e acelerou-se a partir de 2002, através de uma linha específica de financiamento sendo mantido um ritmo intenso de implantação de novos serviços totalizando 1394 serviços em junho de 2009 (BRASIL, 2009a).

Na Paraíba, em 2002, haviam sido implantados apenas 02 CAPS e em 2006, esse número passou a 30 CAPS (BRASIL, 2006). Atualmente, o estado conta com 54 serviços (BRASIL, 2009a).

Kantorski e Silva (2000) apontam a importância de uma integração das disciplinas da área de saúde mental com a disciplina de Saúde Pública para que a experiência vivenciada nos grupos e na comunidade seja objeto de estudo. As autoras enfatizam que os movimentos reformistas ampliaram o campo de atuação de algumas profissões, como a enfermagem, através do trabalho com a comunidade, que vai além do espaço do hospital psiquiátrico através da intervenção na saúde-doença em níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde mental. Além disto, a enfermagem psiquiátrica passa a atuar mais próxima à comunidade, aos familiares, aos grupos terapêuticos, às escolas e aos serviços comunitários.

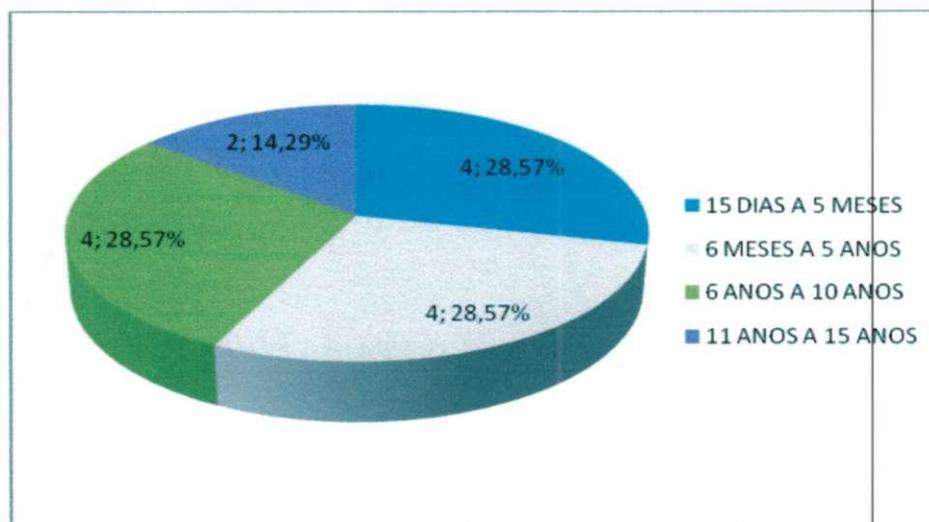


Gráfico 5 - Experiência em ESF

Quanto à experiência de trabalho na ESF as enfermeiras possuem de 15 dias a 15 anos de trabalho, apresentando, em sua maioria, um período de experiência maior que 6 meses.

Corrobora-se com Freitas et al. (2008) que é de relevante importância enfermeiros em um serviço que apresentem faixa etária e tempo de trabalho diferenciado entre recém-formados e trabalhadores com significativo tempo de experiência na ESF, devido às trocas

que são permitidas entre estes, principalmente, no que concerne ao processo de cuidar que nem sempre, a formação acadêmica favorece competência e habilidade.

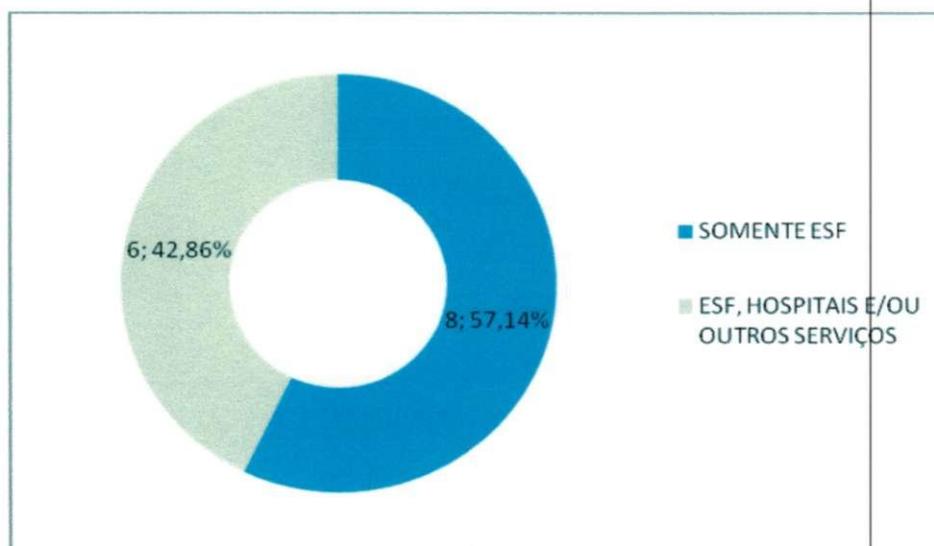


Gráfico 6- Vínculo empregatício

Em relação ao vínculo empregatício 08 enfermeiras (57,14%) têm somente uma fonte empregatícia, enquanto outras 06 profissionais (42,86%) possuem vínculo com hospital e/ou outros serviços.

Em um estudo realizado por Cotta et al. (2006) sobre o perfil dos profissionais que trabalham na ESF, no município de Teixeira (MG), há uma descrição quanto à disponibilidade de dedicação exclusiva ao trabalho na UBSF. Observou-se que 67% dos enfermeiros trabalhavam em outros locais. Neste estudo, foram detectadas causas para o não fortalecimento do vínculo empregatício: insatisfação salarial, os contratos de trabalho que não garantem estabilidade e as condições de trabalho e de infra-estrutura.

Diante do exposto, faz-se necessário um estudo investigativo para compreender as causas reais que fazem com que 42,86% das enfermeiras que trabalham na ESF, no município de Cajazeiras, busquem outros vínculos.

4.2 Narrativas

Nessa segunda etapa da pesquisa, 10 enfermeiras (71,42%) com experiência na ESF acima de 06 meses, participaram do estudo.

A partir das questões que nortearam as entrevistas para a identificação dos cuidados oferecidos aos pacientes com problemas mentais pelas enfermeiras da ESF, no município de Cajazeiras – PB e para avaliar noções importantes da Reforma Psiquiátrica como: integralidade, acolhimento, vínculo, escuta nos cuidados proporcionados por esses profissionais, foi possível apreender dois temas: **As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico e Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito.**

4.2.1 As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico

Considera-se que a atenção básica através da ESF, é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas nesse campo do saber na atenção básica, devem ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização do sujeito e de suas necessidades (BRASIL, 2009b).

Em relação às ações que são desenvolvidas pelas enfermeiras na atenção em saúde mental na ESF, observou-se que a visita domiciliar, o encaminhamento para os serviços de saúde mental especializados e a instrução aos agentes comunitários de saúde para a realização de busca ativa são as únicas ações de enfermagem desenvolvidas nesta modalidade de atenção. Elas ainda afirmam que o contato com o doente mental na unidade se dá diretamente com o médico através da consulta, prescrição medicamentosa e distribuição de psicofármacos. A continuidade do tratamento na unidade é referente ao aspecto medicamentoso.

Dessa forma, o discurso das enfermeiras reflete a limitação da prática cotidiana destes serviços no tocante à atenção em saúde mental, ainda centrada no conhecimento da psiquiatria tradicional com enfoque na doença e medicalização. Isso pode ser visto nos depoimentos a seguir:

“Eles geralmente vêm para a consulta com o médico para solicitarem receita. Quando eles passam pela minha sala eu explico como deve ser o encaminhamento para o CAPS e escrevo para que o familiar possa entender.” (E4)

“O contato se dá apenas com o médico.” (E7)

“Aqui se eles vierem, eles só vão ser encaminhados pro CAPS.” (E5)

Com relação à visita domiciliar, as enfermeiras afirmaram que esta é uma oportunidade para oferecer apoio familiar; orientação quanto à doença; referência aos serviços

especializados e detecção de maus tratos. Percebe-se a responsabilização pelos familiares que necessitam também estarem envolvidos no projeto terapêutico de atenção ao doente mental. A família deve ser considerada um alicerce para o tratamento. Observe o relato a seguir:

“Eu quero mostrar principalmente para a família que não é vergonhoso alguém ter doença mental” (E1)

Por outro lado, para Lancetti (2001) apud Machado e Mocinho (2003), deve ser estimulada a inserção de pessoas em sofrimento mental em dispositivos terapêuticos em sua unidade de referência. As atividades realizadas podem ser aquelas que atendam aos programas ministeriais, como grupos de hipertensos, diabéticos, idosos evitando a criação de grupos específicos, que seguem a lógica da segregação.

Portanto os sujeitos em sofrimento mental devem ser convidados a estar inseridos, nas atividades realizadas na unidade para vivenciar novas experiências, ampliando o seu lugar social e, concomitantemente, trabalhando a comunidade acerca da estigmatização da loucura, do olhar que vê no outro a “periculosidade”.

Apesar do discurso coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, percebe-se que são poucas as atividades em saúde mental executadas na atenção básica no município de Cajazeiras - PB. Algumas enfermeiras afirmaram serem marcadas pelo “estigma da loucura”, pelo sentimento de medo, devido à lembranças durante a formação acadêmica, pois o campo de estágio era realizado em um hospital de modelo tradicional do Estado, onde os doentes mentais eram tratados de forma desumana, conforme os depoimentos:

“Foi a disciplina mais difícil pra mim. Eu ficava muito tensa só em imaginar ter que ir de novo pra aquele hospital ver aquelas pessoas serem tratadas como animais, enjauladas...Dava muito medo!”.(E 2)

“Aqui no PSF quando vem algum ser atendido com o dentista ou com o médico fica todo mundo assustado”.(E2)

“... Eu morro de medo de doido, faço de tudo pra eles não terem que vir aqui” (E5)

Além do estigma em relação à doença mental, fortemente marcado na formação acadêmica das enfermeiras, outra limitação e dificuldade encontrada para o desenvolvimento de ações em saúde mental na ESF, foi o fato de estas profissionais não se sentirem preparadas, capacitadas para intervirem neste campo do saber.

Corroborar-se com os achados de Silva et al. (2004) em um estudo realizado com concluintes do Curso de Graduação em enfermagem de uma Universidade Federal do

Nordeste Brasileiro, ser a formação profissional do enfermeiro marcada pelo saber hegemônico da psiquiatria tradicional, com enfoque no modelo biológico - com o “olhar” voltado para a doença e não para totalidade do sujeito - destituindo-o de suas singularidades e subjetividades tão importantes no processo do cuidar. Este fato aponta para a necessidade de reorientação do ensino de enfermagem na universidade, no sentido de formar profissionais capazes de responder às novas demandas e conjunturas institucionais norteadas pelas Políticas Nacionais de Saúde Mental.

Concorda-se com Machado e Mocinho (2003) que apesar da Reforma Psiquiátrica ter iniciada há quase três décadas, a prática dos profissionais de saúde mudou pouco em relação ao doente mental, pois continua centrada no atendimento individualizado, na medicalização - com ênfase na doença e não na “existência-sofrimento” do sujeito.

Assim, as concepções do processo saúde/doença mental sugeridas pelos sujeitos do estudo, a partir de suas falas, vão ao encontro do modelo clínico individual, organicista e biológico, nesse modelo a doença mental é decorrente de causalidade orgânica, contrapondo-se ao modelo de atenção psicossocial que está fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo como eixos norteadores conceitos como: desinstitucionalização, acolhimento, vínculo, escuta, responsabilização, rede, território, integralidade, cidadania, clínica ampliada (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004, p.19).

Desse modo, os elementos do processo de trabalho de enfermagem refletem um momento histórico de transição na área da saúde, quando a ruptura com o modelo antigo ainda não acontece porque os pilares de sustentação da categoria Modelo de Assistência ainda não sofreram mudanças transformadoras de modo articulado, sendo o processo de trabalho o pilar que oferece mais resistência, precisamente por ser ele o pilar de maior potencial transformador e de maior visibilidade da transformação/conservação (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004, p. 18).

Concorda-se com Oliveira e Alessi (2003) que o enfermeiro pode ser um potencial agente transformador quando sua prática é tecida nas relações institucionais, por meio do diálogo com diversos atores sociais: pacientes, familiares e profissionais. Contudo, para que ele possa ser este agente transformador é necessário que o mesmo saiba transitar entre a teoria e a prática, buscando a interdisciplinaridade; que tenha consciência, sensibilidade e competência para criar estratégias de soluções e construções de projetos terapêuticos plurais de atenção ao paciente, como também realize um trabalho efetivo com familiares e comunidade.

4.2.2 Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito

Integralidade

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b),

Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica é necessário que os princípios fundamentais do SUS se transformem em prática cotidiana: promoção da saúde; território; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários.

Constata-se que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica do município de Cajazeiras comprometem a efetivação do princípio da integralidade, uma vez que há reprodução do modelo biológico, através da normatividade dos programas ministeriais que desvirtua a assistência adequada, como também há o despreparo das enfermeiras em lidar com a dimensão subjetiva do paciente.

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. Ademais, compreende o processo de adoecimento como evento que repercute na realidade existencial do sujeito (SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004). Portanto, o conceito de integralidade como princípio norteador das práticas exige a superação da fragmentação do saber.

A relevância da formulação das políticas públicas para a atenção básica pauta-se no direito do usuário encontrar a unidade sanitária de referência como estratégia de acolhimento na rede de atenção (SILVEIRA; VIEIRA, 2007). Segundo essas autoras, a integralidade contempla também a facilidade de acesso aos serviços de outros setores sociais.

Observou-se, nos discursos, que os encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental, frequentemente, aos CAPS, ocorrem através dos médicos e dos agentes comunitários de saúde, e, poucas vezes, pelas enfermeiras das unidades básicas de saúde da família do município de Cajazeiras- PB. Apesar disso, as entrevistas revelaram que todas as enfermeiras tinham conhecimento da existência dos serviços de saúde mental no município.

Os dados desta pesquisa caminham na perspectiva dos achados de Silva e Oliveira (2008), pois neste estudo constatou-se pouca interação entre o CAPS e a rede de atenção básica, em Cajazeiras – PB. Geralmente, após o início do tratamento no CAPS, o paciente se

desliga da atenção básica, uma vez que o sistema de referência e contra-referência não se efetiva. O CAPS “centraliza o serviço” não havendo, portanto comunicabilidade com a atenção básica para a continuidade do tratamento, conforme relatos a seguir:

“Após o início do tratamento no CAPS a unidade perde totalmente o vínculo com aquela pessoa.” (E3)

“Nós só encaminhamos para o CAPS. Depois disso a gente não tem nem mais notícia. Só nos casos de depressão esses usuários vêm pegar receita com o médico e só”. (E6)

“Não existe articulação... uma contra-referência entre os serviços. O CAPS centraliza o serviço”. (E7)

Isto contradiz o que preconiza a política de saúde mental do país, quando determina que é função do CAPS oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Este dispositivo de atenção deve se constituir em articulador estratégico desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2009a).

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o apoio matricial constitui uma importante estratégia para desenvolver a integralidade de atenção que tem sido articulada junto aos gestores locais, e cada vez mais os municípios têm aderido a esta proposta.

Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2009a).

Uma forma de implementar o apoio matricial é através dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que desde janeiro de 2008, há regulamentação para a formação dessas equipes, por meio da Portaria nº 154. Em Cajazeiras, até o momento, não foi implantado nenhum NASF.

O relatório de gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde explica que para os municípios onde existem CAPS o trabalho de matriciamento deve ser feito por este serviço. Uma equipe de referência sediada ou não no CAPS deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis a nove equipes de ESF. No caso de municípios pequenos, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de referência desse serviço e as da atenção básica, excluindo a

lógica do encaminhamento e visando aumentar a capacidade resolutiva dos problemas que surgem (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, o acolhimento e vínculo tornam-se ferramentas essenciais para romper com a desumanização do atendimento, através da articulação de recursos humanos e materiais disponíveis no município, tendo como objetivo primordial atender melhor as demandas dos usuários e contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais no contexto da atenção básica.

Urge que se faça a articulação da rede de atenção em saúde, no município de Cajazeiras - PB, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, além do fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada tanto para as equipes de saúde mental como para as de atenção básica. Isto ajudará na construção de uma abordagem humanizada, com tecnologias de cuidados eficazes à pessoa com sofrimento psíquico que busca ajuda na rede de saúde deste município.

Acolhimento/Vínculo

O acolhimento/ vínculo está relacionado ao modo de produção do trabalho em saúde. O vínculo se estabelece dada uma boa acolhida através da abertura dos serviços e responsabilização pelos problemas através de uma relação humanizada.

No cotidiano, a frequência do usuário à sua unidade de referência reflete o potencial de resolução dos serviços de saúde pela equipe, frente às necessidades que o faz dirigir-se até lá. Corroboram-se com Amaral (1997) que as demandas se definem quando encontram resolutividade no serviço.

Observou-se que alguns dos participantes deste estudo demonstraram, em seus relatos, dificuldades em desenvolver ações em saúde mental na atenção básica, em decorrência do sentimento de medo em lidar com o sofrimento mental, como também dos resquícios da formação acadêmica: o campo de estágio da disciplina Enfermagem em Saúde Mental ocorria unicamente no hospital de modelo tradicional, onde a assistência aos pacientes era desumana.

O despreparo dos sujeitos entrevistados para trabalhar com o paciente em sofrimento psíquico afeta diretamente a recepção do usuário na unidade, uma vez que de acordo com relatos “todo mundo fica tenso na unidade” e, conseqüentemente, o acolhimento e vínculo se tornam comprometidos neste espaço.

Cotta et al. (2006) destacam a relevância da formação e educação dos profissionais para a abordagem saúde-doença com enfoque na saúde da família e afirmam que é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos melhoram a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.

A visita domiciliar foi a única atividade com certa ligação com a noção de acolhimento, destacada pelas enfermeiras. O acolhimento e o vínculo acontecem quando consideramos que o usuário, em sofrimento mental, é atendido em seu contexto sociocultural e a família se insere no projeto terapêutico. A visita domiciliar se tornaria uma ferramenta para o estabelecimento de acolhimento/vínculo, caso fosse utilizada, como forma de favorecer, a participação do sujeito em sofrimento psíquico e sua família durante a realização de cuidados na unidade. No entanto, o que foi observado é que a sua principal finalidade é a orientação para o encaminhamento do paciente a um serviço especializado, impedindo a autonomia e o exercício de cidadania.

No caso das enfermeiras que não realizam visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao detectarem novos casos, orientam a família no tocante ao encaminhamento.

“Os ACS detectam usuários com problemas mentais e realizam visitas frequentemente para acompanhar medicação e já orientam a família para levar para o CAPS...” (E2)

Matumoto, Mishima e Pinto (2001) enfatizam que o modo como se busca acolher o paciente desvenda como se efetiva a implantação do SUS e como os profissionais envolvidos se posicionam frente a essa política.

É fundamental que os saberes, as práticas e os serviços estejam articulados, de modo a criar um sistema integrado, acessível, efetivo, acolhedor, favorecendo a criação de vínculo, relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. “Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde” (MACHADO; MOCINHO, 2003, p. 161).

Escuta do sujeito

De acordo com Silveira e Vieira (2007) o cuidado em saúde mental na utilização do recurso baseado na escuta do sujeito e não na doença é pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica.

Na atenção básica, as enfermeiras entrevistadas refletem em seus discursos, limitações/dificuldades para trabalhar na perspectiva da atenção em saúde mental. O estigma em relação à doença mental, a atenção fragmentada, o enfoque na doença e na cura, o despreparo da formação acadêmica e a marca histórica da psiquiatria tradicional como saber de apropriação médica foram questões explicitadas em vários momentos. Isto limita a possibilidade de criação de um projeto de atenção, que envolva a valorização da subjetividade, da história de vida e da escuta solidária aos usuários em sofrimento mental.

O cuidado em saúde mental é uma espécie de artesanato, um laço singular que se tece com cada paciente, inicialmente, a partir do acolhimento e de uma escuta comprometida.

Nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cajazeiras, ocorre a escuta embasada pela nosologia psiquiátrica e pela perspectiva da medicalização através da consulta médica.

Entende-se que as noções de acolhimento/vínculo encontram-se comprometidas, no cenário do estudo, e que a efetivação destes princípios se constitui como passo inicial para o estabelecimento de uma relação de confiança e conseqüentemente a possibilidade da escuta.

Diante de uma relação humanizada, onde haja respeito e valorização, a escuta se configura como parte do cuidado na prática da enfermagem. Através dela é possível compreender as histórias de vida de pessoas em sofrimento mental e construir uma assistência pautada na singularidade.

Através da escuta do sujeito é possível, ainda, ressignificar saberes e práticas, neste campo do saber, que direcionem o processo de trabalho do profissional de enfermagem para a reabilitação psicossocial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família (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 pautada 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.

O momento atual exige a conjugação de esforços, no sentido de viabilizar: a interlocução entre saúde coletiva e saúde mental; a construção de uma rede integrada à saúde; o reordenamento do CAPS; e as novas formas de pensar e agir em relação ao processo saúde-doença mental, possibilitando a produção de uma rede de espaços de acolhimento e vínculos no território. A interlocução entre o 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 ao CAPS, desafogando este serviço, bem como o recurso da internação psiquiátrica.

No município de Cajazeiras - PB, a falta de interação entre a ESF e os serviços de referência em saúde mental é sentida. Um trabalho de suporte dos profissionais de saúde mental à equipe da ESF não existe como estratégia de ação. Portanto, a ESF mostra-se uma tecnologia a ser mais bem explorada enquanto ferramenta de atenção comunitária em saúde mental, pois os princípios e diretrizes do SUS parecem não ser compreendidos ou defendidos pelos profissionais de enfermagem do município.

Neste estudo, foi possível constatar que a grande maioria dos sujeitos participantes trabalha em Saúde Mental com conceitos psiquiátricos fundamentados no modelo biológico - centrado na doença, na medicalização, - evidenciando a necessidade da ruptura com esse modelo de atendimento, ainda hegemônico nas ações de enfermagem oferecidas na ESF.

Dada a difícil previsão e habilidade para que as ações de enfermagem rompam com os antigos padrões assistenciais, torna-se premente a construção de uma política pública local de capacitação e sensibilização, quanto ao papel social da enfermagem na saúde coletiva e saúde

mental. Percebe-se a necessidade de uma rede de atenção que ofereça suporte à família, que não esteja restrita às visitas domiciliares. As ações de cuidar devem oferecer acolhimento e criar vínculos no intuito de engajar a família no processo de tratamento, na sensibilização quanto ao sofrimento mental, no contexto da existência do sujeito, por meio de: aconselhamentos, diálogos, escuta, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças e promover saúde, como também para (re)inventar a prática de atenção em saúde.

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 formação permanente da força de trabalho é imprescindível para a transformação do processo de trabalho no sentido da efetivação do SUS.

Os cursos a serem oferecidos e ministrados por profissionais tanto do CAPS como da ESF devem incluir propostas de atualização em saúde mental (temas afins) - de acordo com os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica – e em saúde coletiva. Nesse contexto, é fundamental que sejam desenvolvidas capacitações com temas diversificados, como: rede de atenção em saúde mental, estratégias de intervenção individual, familiar e comunitária, exclusão/inclusão social, promoção da autonomia dos usuários. Aprender a respeito dos chamados “recursos ocultos da comunidade”, que são preciosos para a extensão da rede de relacionamento, favorece o aumento da autonomia das pessoas atendidas.

O tempo atual exige dos enfermeiros práticas flexíveis, abertas, inventivas que busquem valorizar as singularidades e subjetividades do usuário. O nosso caminhar deve ser trilhado pela construção de um projeto que vise desmistificar o imaginário social acerca da loucura

Este estudo possibilitou uma avaliação em nível local das práticas de enfermagem no cotidiano da atenção básica através da ESF. Buscou-se 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

AMARAL, M.A.do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.3, p.288-295, 1997. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n3/2257.pdf> > Acesso em 22 de julho 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> > Acesso 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. 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. **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.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 4 - ano II, nº4**. Informativo eletrônico. Brasília, 2007b, 24p. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf > Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 5 - ano III, nº5**. Informativo eletrônico. Brasília, 2008, 22p. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf > Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Dados em Saúde Mental**. Brasília, 2009a. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo.pdf > Acesso em 03 de julho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **CAPS**. Brasília, 2009b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1> Acesso em 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Atenção Básica**. Brasília, 2009c. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1> Acesso em 10 de junho de 2009.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a21.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2008.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1997.

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> Acesso 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/reusp/v37n3/08.pdf> > Acesso 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>> Acesso em 13 de junho de 2009.

DE ANDRADE, S. R.; BÜCHELE, F.; GEVAERD, D. Saúde mental na atenção básica de saúde em Brasil. **Enfermeira Global**, Murcia, n. 10, p. 1-11, 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/214/250>> Acesso em 10 de julho de 2008.

DELGADO, P. **Projeto de lei No 3657/89**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, set.1989.

DESLANDES, S.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195 – 223.

FREITAS, C.A.S.L. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, 2008, p.757-763. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>> Acesso em 09 de junho de 2009.

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

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc.**

Enf. USP, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/recusp/upload/pdf/465.pdf>> Acesso em 03 de julho de 2009.

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>> Acesso em 09 de junho de 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_18saudental.pdf> Acesso em 14 de junho de 2009.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MATUMOTO, S; MISHIBA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 233-241, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>> Acesso em 13 de julho de 2008.

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>>. Acesso em 15 de julho de 2008

OLIVEIRA, A.G.B.de; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>> Acesso em 21 de julho de 2008.

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

OLIVEIRA, F.B. de; FORTUNATO, M.L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Rev. Vivência**, Natal, n.32, p. 154-161, 2007.

OLIVEIRA, F.B. de; SILVA, K.M.D.; SILVA, J.C.C e. Percepção da prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. (no prelo)

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

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p.1487-1494, 2004. Disponível em: <<http://www.fao.org>>. Acesso em: 01 de julho de 2008.

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/recusp/v36n1/v36n1a01.pdf>> Acesso em 12 de julho de 2008.

SILVA, A.T.M. da et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.6, p.675- 678. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a08.pdf>> Acesso em 03 de junho de 2009.

SILVA, J. C. C. e et al. Produção de sentidos acerca da doença mental: vivências e perdas. **Revista Pesquisa**, Campina Grande, v.1, n.1, p.257-266, 2007.

SILVA, J. C. C. e; OLIVEIRA, F. B. de. Doença mental e (re) inserção social: uma relação possível e necessária. **Revista Pesquisa**, Campina Grande, v.2, n.2, p.225-242, 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, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>> Acesso 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.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Enfermeiro (a)

Esta pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família na interface entre a saúde coletiva e a saúde mental” está sendo desenvolvida por Joana Celine Costa e Silva, aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira. Os objetivos do estudo são conhecer os modos de cuidados oferecidos pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Cajazeiras - PB, às necessidades de saúde identificadas como problemas de 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.

Para viabilização da investigação proposta, solicito sua colaboração para participar de uma entrevista com a pesquisadora e de sua permissão para utilizar o sistema de gravação para os registros dos dados, para viabilizar a posterior transcrição na íntegra. Gostaria de deixar claro que 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 pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. Este trabalho não apresenta nenhum risco previsível para o (a) participante. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa.

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 e empírica, e de disseminação do processo de pesquisa.

Caso deseje, o(a) Sr. (Sra.) poderá procurar esclarecimentos junto ao 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 à pesquisadora responsável, a Professora Dra. 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 termo.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador participante
Joana Celine Costa e Silva

Assinatura do pesquisador responsável
Francisca Bezerra de Oliveira

APÊNDICE B

Questionário aplicado aos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras - 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: _____

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: _____

Vínculo empregatício em outra instituição: _____

APÊNDICE C

Entrevista Semi- Estruturada realizada com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras - PB

Questões norteadoras:

- Como se dá a articulação entre os serviços de Saúde mental no município e a rede de atenção básica?
- Quais são as ações de enfermagem em saúde mental desenvolvidas nesta unidade básica de saúde?
- Conceitos importantes como vínculo, acolhimento, escuta e integralidade “permeiam” os cuidados proporcionados pelos enfermeiros nas ESF?