

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM ATENÇÃO À SAÚDE**

REJANE MARIA DIAS DE ABREU GONÇALVES

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UBERABA - MG
2009**

REJANE MARIA DIAS DE ABREU GONÇALVES

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

UBERABA - MG
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG,
Brasil)

G635a Gonçalves, Rejane Maria Dias de Abreu
Ações dos enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da
Família/Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves. -- 2009.
164 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em
Atenção à Saúde, Uberaba, 2009.

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Programa Saúde da Família. I.
Título. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

CDU: 614:616

REJANE MARIA DIAS DE ABREU GONÇALVES

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde na área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 10 de dezembro de 2009.

Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato
Universidade de São Paulo
Membro

Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

A DEUS pela presença constante em minha vida, que a cada instante me diz:
“Não temas, porque eu estou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus;
eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a minha destra fiel” (Isaias, 41:10).

Aos meus pais, Eucréide e Carlos, que tantos esforços fizeram para que eu pudesse
estudar e alcançar meus objetivos tanto sonhados.

Ao meu esposo Célio, pelo incentivo constante, pelo ombro amigo nos momentos de
desânimo, pela compreensão nas ausências, por me ouvir e sempre apoiar em todos
os momentos, te amo.

Às minhas irmãs, Regina e Renata, verdadeiras amigas em todas as horas.

À minha família querida, que mesmo perto ou à distância acompanha meu
desenvolvimento profissional e sempre compartilha os momentos difíceis e alegres
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, orientadora e amiga, obrigada por compartilhar seu conhecimento durante o percurso deste estudo, pela confiança, pelo estímulo e incentivo à pesquisa; de grande significado na concretização do trabalho e para o meu crescimento profissional.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM pelas sugestões e críticas ao trabalho, quando da ocasião de apresentação em plenário, durante as aulas do curso. Agradeço

À Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato e à Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira obrigada pela atenção, contribuição com suas valiosas sugestões e por aceitarem compor a banca avaliadora deste estudo.

Às professoras Dra. Ana Carolina D'Arelli de Oliveira e Dra. Eliana Faria de Angelice Biffi pelas valiosas sugestões na fase de qualificação do projeto.

Aos Professores da UFTM que contribuíram com o meu treinamento didático e ao saudoso Prof. Luís Carlos Calil que partiu quando este trabalho estava sendo concluído. Obrigada pelo apoio e incentivo.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), por me oferecer condições para aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e subsídios para realização do trabalho.

Aos colegas de Pós-Graduação, principalmente, Flávia, Janielle, Maurícia e Renata, pelas frequentes discussões e sugestões de assuntos pertinentes à dissertação, bem como pela sólida amizade que passamos a compartilhar.

À secretária do Curso de Pós-graduação Mestrado em Atenção à Saúde, Maria Aparecida B. Rezende e a todas as secretárias do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM meu muito obrigado pelo carinho e ajuda constante.

À Secretaria de Saúde e aos Coordenadores das Equipes de Saúde da Família do Município de Uberaba-MG, que não mediram esforços para colaborar com este estudo.

Aos Enfermeiros que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba-MG e Uberlândia-MG, profundos agradecimentos, pela participação nesta pesquisa.

À Diretoria de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que me apoiou e possibilitou nestes dois anos, das minhas atividades no Hospital de Clínicas dedicação exclusiva para realização deste trabalho. Muito obrigada.

Aos Professores Dr. Benito André Silveira Miranzi e ao Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, agradeço pelo apoio e maestria na orientação e diagramação dos resultados estatísticos deste estudo.

Aos colegas de trabalho do Hospital de Clínicas da UFU de Uberlândia-MG pela amizade e carinho de sempre.

Aos amigos Anderson Firmino, Roberto Leandro Alves e Viviane A. Carvalho pelo apoio e amizade incondicional.

Aos colegas do ECC (Encontro de Casais com Cristo), obrigada pelas orações, estima, torcida e compreensão nos momentos de minha ausência.

À Ester Martinelli, Eliane Junqueira e Ana Paula de Azevedo pela revisão das línguas portuguesa e inglesa e pela orientação ao formatar minha dissertação.

Ao meu sogro Alfredo, a minha sogra Maria José, aos meus cunhados e ao meu avô Luís que partiu quando este trabalho estava sendo concluído. Muito obrigada pelo carinho, incentivo e apoio nos momentos necessários.

À minha cunhada Quenia e ao meu pequeno sobrinho Arthur, pela incansável colaboração e dedicação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes apostando e incentivando essa trajetória.

“A persistência é o caminho do êxito”.
(Charles Chaplin)

RESUMO

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. **Ações dos enfermeiros em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

Introdução: Atualmente, o campo de trabalho da enfermagem se expande e seu significado torna-se notável. Sabe-se que cabe a ela o cuidado e a promoção da ressocialização de cada pessoa, respeitando sua subjetividade. A inserção das ações dos enfermeiros em saúde mental é necessária na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como buscar a compreensão da complexidade dessa área na construção de práticas mais eficientes e qualificadas. **Objetivos:** Identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos enfermeiros inseridos na ESF e descrever as ações em saúde mental que são realizadas por esses enfermeiros, no município de Uberaba-MG. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado com 45 enfermeiros inseridos na ESF do município de Uberaba-MG, no período de fevereiro a maio de 2009. Os dados foram coletados através de um instrumento contendo variáveis sociodemográficas, econômicas, aperfeiçoamento e habilidade em saúde mental e de outro instrumento com variáveis relacionadas às ações do enfermeiro em saúde mental na ESF, divididas em quatro etapas distintas: ações no primeiro contato; ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental; ações contínuas em saúde mental e ações para solução dos problemas em saúde mental na ESF. A análise foi realizada por meio de distribuição de frequências. **Resultados:** Dentre os 45, 93,3% são do sexo feminino; (57,8%), solteiros; (60,9%) estão na faixa etária de 20 a 29 anos; (73,9%) graduaram-se nos últimos cinco anos; (60,9%) têm de 1 a 3 anos de experiência na ESF; (77,8%) são especialistas; (60%) afirmaram não possuir formação específica em saúde mental e (68,9%) sentem-se despreparados para lidar com a saúde mental na ESF. O acolhimento (100%), a escuta (84,4%), as orientações (62,2%), o levantamento das necessidades básicas do usuário (60%) e atenção à comunicação verbal (60%) foram as ações mais citadas na primeira etapa. Na segunda etapa, destacam-se o acolhimento (84,4%), as orientações (77,8%), a educação em saúde (68,9%), apoio familiar (60,0%), e atividade física (53,3%). Na terceira etapa, enfatiza-se a visita domiciliar (80%), o acolhimento (77,8%), apoio familiar (68,9%), o encaminhamento (66,7%) e o acompanhamento medicamentoso (53,3%) e, na quarta etapa, apontam-se o autocuidado (82,2%), as orientações (64,4%), a tentativa de diminuir as sensações de desesperança do usuário (57,8%), a análise da capacidade do usuário para lidar com os problemas (53,3%) e a articulação de ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental (51,1%). A ausência de protocolo na saúde mental (75,6%); ausência de capacitação (57,8%); formação inadequada (53,3%) e prioridade da ESF em relação a outros programas de atenção à saúde (51,1%) aparecem como fatores que podem dificultar as ações em saúde mental na ESF. **Discussão:** Apesar da dificuldade e do despreparo relatados pelos enfermeiros em lidar com a saúde mental na ESF e não possuírem formação específica na área, os resultados do estudo mostram que os enfermeiros realizaram ações em saúde mental em todas as etapas estabelecidas

por este estudo. Entretanto, observou-se, na pesquisa, que algumas ações não foram destacadas como significativas pelos enfermeiros, como a comunicação não verbal, os grupos terapêuticos e o genograma familiar.

Palavras-chave: Enfermeiros; Saúde Mental; Programa Saúde da Família

ABSTRACT

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. **Actions of nurses in mental health in the Family Health Strategy**. 2009. 164 f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

Introduction: The nursing field is expanding nowadays and it has an outstanding meaning. It is in charge of taking care and promoting new insertion in social life of each person, yet respecting their subjectivity. The insertion of nurses' actions in Mental Health is necessary in the of Family Health Strategy (**FHS**), as well as searching the understanding of the complexity of Mental Health in building more efficient and qualified practices. **Objectives:** Identifying the social and demographic profile of the nurses inserted in FHS, and also describing the actions of Mental Health performed by these nurses in the city of Uberaba/MG-Brazil. **Methodology:** Cross-sectional study carried out with 45 nurses inserted in FHS in Uberaba/MG, from February to May, 2009. The data were collected though an instrument containing social demographic and economic variables, improving and skill in Mental Health, and also through another instrument with variables related to the actions of the nurse in Mental Health in FHS, which was divided into four distinctive stages. They are: Actions in the first contact; actions carried out for the promotion and prevention in Mental Health; continuous actions in Mental Health and actions to sort out the problems in Mental Health in FHS. The analysis was done by means of distribution of frequencies. **Outcome:** Within the 45 nurses, 93,3% are female; (57,8%) are single; (60,9%) are aged between 20 to 29, (73,9%) graduated in the last five years, (60,9%) has had working experience of one to three years in FHS; (77,8%) are specialists; (60%) claimed not having specific graduation in Mental Health and (68%) do not feel prepared to deal with Mental Health in FHS. The acceptance (100%), hearing (84,4%), orientation (62,2%), raising of basic needs of the users (60%) and the attention paid to verbal communication (60%) were actions listed in the first stage. In the second stage, acceptance (84,4%), orientation (77,8%), education in health (68,9%), family support (60%) and physical exercises (53,3%) are highlighted. In the third stage, home visits are emphasized (80%), as well as acceptance (77,8%), family support (68,9%), recommendation (66,7%) and medication follow-up (53,3%). The fourth stage is characterized by self care (82,2%), directions (64,4%), the attempt to decrease hopelessness in users (57,8%), the analysis of users' capacity in dealing with the problems (53,3%), and the articulation of therapeutic actions with specialized services of Mental Health (51,1%). Lack of protocol in Mental Health (75,6%), lack of capability (57,8%), inadequate education (53,3%) and priority of FHS concerning other programmes in health care (51,1%) are shown as factors which may cause difficulties in the actions of Mental Health in FHS. **Discussion:** Despite the difficulty and lack of preparation of the nurses dealing with Mental Health in SFH, and for not having specific education in this field, the results of this study show that the nurses performed actions in Mental Health in all the established stages in this study. However, it was observed throughout this research that some actions were not

highlighted as meaningful by the nurses, such as non verbal communication, therapeutic groups and family genogram.

Keywords: Nurses; Mental Health; Family Health Program

RESUMEN

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. **Las acciones de enfermería en salud mental en la Estrategia de Salud Familiar**. 2009. 164 f. Disertación (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

Introducción: El campo de la enfermería se está expandiendo y hoy en día tiene un significado excepcional. Se encarga de cuidar y promover la inserción de nuevo en la vida social de cada persona, pero siempre respetando su subjetividad. La inserción de acciones de enfermería en salud mental es necesaria en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), así como la búsqueda de la comprensión de la complejidad de este ámbito en la construcción de prácticas más eficientes y calificadas. **Objetivos:** Identificar el desarrollo sociodemográficos y económico de las enfermeras insertas en el ESF y describir las acciones de salud mental realizado por estas enfermeras en la ciudad de Uberaba/MG. **Metodología:** Estudio transversal con 45 enfermeras inserta en el ESF, el municipio de Uberaba-MG, de febrero a mayo de 2009. Los datos fueron recolectados utilizando un instrumento con las características sociodemográficas, el desarrollo económico, y la habilidad en la salud mental y también otro instrumento con las variables relacionadas con las acciones de la enfermera en el salud mental en ESF, que se dividió en cuatro etapas distintivo: las acciones en el primer contacto, las medidas adoptadas para de promoción y prevención en salud mental, acciones continuas en salud mental y acciones para resolver los problemas de salud mental en el ESF. El análisis se realizó utilizando distribuciones de frecuencia. **Resultados:** Dentro de los 45 enfermeros, 93,3% son mujeres, (57,8%) son solteros, 60,9% tienen edades comprendidas entre 20 y 29, (73,9%) se graduaron en los últimos cinco años, (60,9%) ha tenido experiencia laboral de uno a tres años de ESF; (77,8%) son especialistas y el (60%) afirmó no tener la graduación específica en salud mental y el (68%) no se siente preparado para hacer frente a salud mental en ESF. La aceptación del (100%), la audición (84,4%), la orientación (62,2%), el aumento de las necesidades básicas de los usuarios el (60%) y la atención prestada a la comunicación verbal del (60%) eran acciones enumeradas en la primera etapa. En la segunda etapa, la aceptación (84,4%), (77,8%) la orientación, la educación en salud (68,9%), el apoyo familiar (60%) y ejercicios físicos (53,3%) se destacan. En la tercera etapa, las visitas domiciliarias se hace hincapié en un (80%), así como la aceptación (77,8%), el apoyo de la familia (68,9%), (66,7%) y la recomendación de la medicación de seguimiento (53,3%). La cuarta etapa se caracteriza por el cuidado personal (82,2%), las direcciones (64,4%), el intento de disminuir la falta de esperanza en los usuarios de (57,8%), el análisis de capacidad de los usuarios para hacer frente a los problemas de (53,3%), y la articulación de las acciones terapéuticas con servicios especializados de salud mental (51,1%). La falta de protocolo en la salud mental (75,6%), falta de formación (57,8%), la formación inadecuada (53,3%) y la prioridad de ESF en otros programas de atención de la salud (51,1%) aparecen como factores que pueden provocar dificultades en las acciones de salud mental en ESF. **Discusión:** A pesar de la dificultad y la falta de preparación de las enfermeras en el tratamiento de la salud mental en el ESF y no

tienen formación específica en el área, los resultados de este estudio muestran que las enfermeras realiza acciones en salud mental en todas las etapas previstas en el presente estudio. Sin embargo, se observó en esta investigación que algunas acciones no se destacaron como significativo por las enfermeras, como la comunicación no verbal, grupos terapéuticos y genograma de la familia.

Palabras clave: Enfermeras; Salud Mental; Programa de Salud Familiar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis sociodemográficas, 2009.....	77
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo os aspectos profissionais e de saúde, 2009.....	78
Tabela 3	Distribuição das medidas centrais e de amplitude das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros que atuam na ESF. Uberaba-MG, 2009.....	79
Tabela 4	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis econômicas, 2009.....	80
Tabela 5	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis, qualificação e qualificação em saúde mental, 2009.....	81
Tabela 6	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo as ações realizadas no primeiro contato com o usuário, 2009.....	82
Tabela 7	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros, segundo os fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário no primeiro contato. Uberaba-MG, 2009.....	83
Tabela 8	Distribuição numérica e percentual das categorias sobre o conceito de saúde mental, de acordo com os enfermeiros na ESF. Uberaba, 2009.....	84
Tabela 9	Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros, segundo as ações de promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF. Uberaba, 2009.....	84
Tabela 10	Distribuição numérica e percentual dos transtornos mentais, segundo os enfermeiros da ESF. Uberaba, 2009..	85
Tabela 11	Distribuição numérica e percentual das ações em saúde mental realizadas pelos enfermeiros junto aos portadores de transtorno mental na ESF. Uberaba, 2009.....	85
Tabela 12	Distribuição numérica e percentual das dificuldades dos enfermeiros para realizar ações em saúde mental na ESF de Uberaba-MG, 2009.....	86
Tabela 13	Distribuição numérica e percentual dos recursos e/ou serviços de apoio que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF para desenvolver ações em saúde mental. Uberaba, 2009.....	87

Tabela 14	Distribuição numérica e percentual das ações que os enfermeiros e/ou equipe buscam para soluções dos problemas em saúde mental na ESF de Uberaba-MG, 2009.....	88
Tabela 15	Distribuição numérica e percentual dos sinais e sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF.Uberaba, 2009.....	88

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CPS - Conferência de Promoção da Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG - Minas Gerais
MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF - Programa Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 JUSTIFICATIVA.....	26
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	28
2.1 REFORMA PSQUIÁTRICA.....	29
2.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	36
2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
2.4 INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	44
2.5 O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	48
2.5.1 Histórico da assistência de enfermagem.....	48
2.5.2 Ações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.....	51
2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	53
2.7 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU: ABORDAGEM GERAL E UTILIDADE PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	57
2.7.1 Breve Biografia da Teorista.....	58
2.7.2 Teoria do Relacionamento Interpessoal.....	59
3 OBJETIVOS.....	62
3.1 OBJETIVO GERAL.....	62
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
4 METODOLOGIA.....	63
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	63
4.2 PERÍODO E DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	63
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	65
4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	66
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	73
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	73
4.7 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO-PILOTO.....	74
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	74
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	75
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	76
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG.....	76
5.1.1 Características sociodemográficas.....	76
5.1.2 Características econômicas.....	80
5.1.3 Qualificação e habilidade em saúde mental na ESF.....	80
5.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF.....	82
5.2.1 Ações no primeiro contato.....	82
5.2.2.1 Fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na ESF no primeiro contato.....	83
5.2.2 Conceito de saúde mental segundo a população do estudo.....	83
5.2.3 Ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF.....	84

5.2.4 Transtornos mentais mais comuns na ESF, segundo a população do estudo.....	85
5.2.5 Ações contínuas em saúde mental na ESF.....	85
5.2.6 Fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF.....	86
5.2.7 Recursos e/ou serviços de apoio de que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF e sua aplicação na saúde mental.....	87
5.2.8 Ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF.....	87
5.2.9 Sinais e/ou sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF.....	88
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG.....	89
6.1.1 Características sociodemográficas.....	90
6.1.2 Características econômicas.....	93
6.1.3 Qualificação e habilidade em saúde mental na ESF.....	94
6.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF.....	96
6.2.1 Ações no primeiro contato.....	96
6.2.1.1 Fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na ESF no primeiro contato.....	99
6.2.2 Conceito de saúde mental segundo a população do estudo.....	101
6.2.2.1 Bem-estar biopsicossocial e equilíbrio emocional.....	102
6.2.2.2 Convívio social e familiar.....	103
6.2.2.3 Relação do conceito de saúde mental com a doença mental.....	105
6.2.3 Ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF.....	106
6.2.4 Transtornos mentais comuns na ESF segundo a população do estudo.....	110
6.2.5 Ações contínuas em saúde mental na ESF.....	112
6.2.6 Fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF.....	115
6.2.7 Recurso e/ou serviços de apoio de que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF e sua aplicação na saúde mental.....	118
6.2.8 Ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF.....	121
6.2.9 Sinais e/ou sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF.....	124
7 CONCLUSÕES.....	128
7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG.....	128
7.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF.....	129
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
9. REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES.....	153
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO.....	154
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOBRE AÇÕES DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	156
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	161

ANEXOS	162
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	163
ANEXO B – PROTOCOLO UFTM.....	164

1 INTRODUÇÃO

Durante minha graduação em Enfermagem, cursada entre os anos de 1997 e 2000, tive a oportunidade de desenvolver atividades de saúde mental nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria e Metodologia Científica, em estágios e projeto de pesquisa, bem como através da experiência em monitoria e ao realizar estágio extracurricular em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Essas atividades me permitiram entender o contexto atual das políticas públicas de saúde mental, uma vez que propõem uma prática terapêutica no âmbito da comunidade, valorizando a singularidade dos indivíduos e suas dimensões familiares e socioculturais, evitando, desse modo, a internação desnecessária.

Neste contexto, o campo de trabalho da enfermagem se expande e seu significado torna-se notável. Sabe-se que cabe a ela o cuidado e a promoção da ressocialização de cada pessoa, respeitando sua subjetividade. Para efetivação do seu trabalho, o profissional pode desenvolver atividades junto ao portador de transtorno mental, famílias e comunidade, contribuindo para um convívio mais saudável na sociedade.

Estas vivências acadêmicas e outras, enquanto pessoa interessada naquilo que diz respeito ao ser humano de forma integral, me motivaram a optar por esta área do conhecimento na atenção a saúde.

Entre os anos de 2001 e 2003, cursei a especialização em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e especializei-me em Saúde da Família, aperfeiçoando meus conhecimentos no campo da saúde mental coletiva.

As considerações acima apresentadas contextualizam minha história de vida profissional e significaram um novo paradigma que delinearam minha trajetória enquanto pessoa, profissional e pesquisadora.

Ao desenvolver projetos de pesquisa que buscavam identificar, na literatura, a atuação do enfermeiro no cuidado em saúde mental inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF), chamaram-me a atenção três questões problematizadoras.

A primeira refere-se às ações dos enfermeiros mais direcionadas para a prática curativa e preventiva. O caminho para a abordagem do relacionamento interpessoal e a humanização da assistência é longo, pois depende de inúmeros fatores políticos, econômicos, sociais, ideológicos e, ainda, uma mudança pessoal

no modo de lidar com a doença e seu tratamento devido ao medo e preconceitos ligados ao estigma da doença mental.

A segunda questão ressalta a dificuldade dos enfermeiros em incorporarem e planejarem o cuidado em saúde mental na ESF. Isto se deve ao despreparo desses profissionais, pois, a maioria não possui formação específica em saúde mental, nem capacitação e atualizações na área, dentre outros fatores.

O terceiro aspecto constitui-se na ineficácia da consolidação da rede de cuidados em saúde mental. Esta rede é constituída de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são unidades de saúde que reúnem portadores de transtornos mentais de uma região e oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, de Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias inseridas na comunidade) e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e Especializados (BRASIL, 2001a).

Da aproximação com o conhecimento científico e com as pesquisas, surgiu o interesse em analisar as ações do enfermeiro em saúde mental desenvolvidas junto à ESF, considerando que esse serviço compõe a rede de cuidado em saúde mental.

Na saúde mental há um forte movimento no sentido de valorizar o portador de transtorno mental como ser humano que exige além da adesão ao tratamento medicamentoso, a promoção do seu bem-estar biopsicossocial.

Entende-se que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorganização dos serviços de atenção básica à saúde para os portadores de transtornos mentais e suas famílias, pois são as equipes multiprofissionais que adentram as casas e têm contato direto com os mesmos.

A Reforma Psiquiátrica tem exigido mudanças na forma de atendimento aos portadores de transtornos mentais, os quais deverão ser atendidos nos CAPS e em hospitais-dia. Pode-se acreditar que a ESF seja mais uma forma de ajudar esses indivíduos e suas famílias a entender e a lidar com os problemas mentais.

No entanto, percebe-se que pouca diferença ocorreu nesses anos de Reforma Psiquiátrica. Verifica-se que os doentes mentais internados são os mesmos, ocorrendo uma hospitalização “camuflada”, fenômeno que Bandeira, Gelinas e Lesage (1998) chamam de “porta giratória”. O paciente vai para casa, não recebe suporte na atenção básica à saúde, nem sabe mais como conviver com seu ente, e volta a ser internado.

Associado a isso, há propostas internacionais e trabalhos nacionais de inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde, especificamente na ESF (BRASIL, 2001b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Segundo estimativas do Ministério da Saúde estabelecidas entre os anos de 2003 e 2006, a ESF deve dar conta de 85% das necessidades de saúde da população cadastrada, sendo que as questões psicossociais não estão incluídas como prioridades. Pelo menos em tese, a proximidade da equipe da comunidade e a possibilidade de acompanhamento integral longitudinal permitiriam a abordagem de questões mais complexas do ponto de vista dos seus determinantes sociais. Dentre os problemas de saúde que emergem com a aproximação das comunidades, destacam-se as questões de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Durante o desenvolvimento das atividades, as equipes de saúde da família têm se deparado, cotidianamente, com problemas de saúde mental. Pelo fato de estarem próximas da comunidade, se apresentam como recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas, depressão, ansiedade e diversas outras formas de transtorno mental, fazendo-se necessária a existência de uma estrutura de atendimento preparada para enfrentar os problemas mais frequentes de saúde mental (BRASIL, 2005).

Segundo avaliação dos dados epidemiológicos do Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde, em relação à saúde mental, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresentam transtornos mentais graves, decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2009a).

As queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento na atenção básica à saúde, aproximadamente 30% da população brasileira apresenta transtornos mentais, sendo que 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde (SUS) estão destinados à área, uma vez que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 2001, seria uma taxa de 5%. Diante deste fato, o governo tem a intenção de reduzir, progressivamente, os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar (BRASIL, 2007).

Nos últimos cálculos aproximados da OMS em 2001 calculou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofrem de afecções neuropsiquiátricas. Sobre a incidência mundial de morbidade correspondente nas pessoas de 15 a 44 anos de idade, indicam que os transtornos mentais e do comportamento representam cinco das dez principais causas de morbidade, em todo o mundo. Além disso, a porcentagem da morbidade mundial atribuível aos transtornos mentais e do comportamento aumentam de 12%, em 1999, para 15%, no ano de 2020 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005).

Este aumento é particularmente acentuado nos países em desenvolvimento, devido a fatores como o aumento da expectativa de vida, a rápida urbanização, a violência, o aumento do estresse, as crises na família e a falta de suporte social (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Estudos atuais têm adotado a designação de distúrbios graves e severos para os transtornos mentais crônicos. Esses distúrbios correspondem a uma variedade de diagnósticos, relativos às doenças determinantes de acentuado comprometimento psíquico que dura muito tempo, ao longo da vida. Estão incluídos, na Classificação Estatística Internacional das doenças e problemas relacionados à saúde estabelecida pela OMS em 1992, as psicoses funcionais (não orgânicas) como: Esquizofrenia, Transtorno esquizotípico, Transtornos delirantes persistentes, Transtorno delirante induzido, Transtornos esquizoafetivos, Episódio maníaco, Transtorno afetivo bipolar, Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos e Transtorno depressivo recorrente-episódio atual grave com sintomas psicóticos (RODRIGUEZ; BRAVO, 2003).

O reconhecimento da saúde mental como uma área muito vasta e complexa do conhecimento impôs, para os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS, uma revisão de suas práticas, com implantação de ações de prevenção e promoção à saúde mental. Dessa forma, é uma área de grande importância no contexto da saúde coletiva (AMARANTE, 2007).

As ações de promoção à saúde mental na atenção básica à saúde podem ser entendidas como um modelo de gestão das políticas de saúde, na promoção e prevenção de complicações à melhoria da qualidade de vida, como meio terapêutico e no atendimento das necessidades de saúde do portador de transtorno mental na comunidade.

Atualmente, a doença mental deixou de ser considerada como um estigma de vergonha e fenômeno sobrenatural. Hoje em dia, a concepção integral da saúde e do ser humano presume maior aceitação do componente mental como parte inseparável da pessoa, admitindo-se a influência recíproca entre o fisiológico, o psicológico e o social.

Diante dessa realidade dos serviços de saúde do SUS no país, tem-se, na atenção básica à saúde, um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, devido as suas características de maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (VASCONCELOS, 1999).

Destaca-se entre as formas de assistência da atenção básica à saúde articulada à saúde mental, o acompanhamento mensal dos usuários através da ESF.

A importância da efetivação das ações dos enfermeiros em saúde mental na ESF apresenta diversas vantagens nesta perspectiva, através da criação de vínculos com os portadores de transtornos mentais, com a comunidade e a efetivação da integralidade das ações em saúde. A partir destas relações, torna-se possível construir novos modos de cuidado em saúde e, certamente, um mapeamento da demanda em saúde mental pode ser efetivado, gerando informações que orientem a assistência na área.

É papel do enfermeiro, junto à ESF, resgatar a subjetividade da pessoa através de ações voltadas para o acolhimento centrado na busca do relacionamento interpessoal e de suas necessidades básicas, estabelecendo o vínculo do indivíduo com a ESF.

Oliveira, Ataíde e Silva (2004) afirmam que a visibilidade da demonstração do transtorno mental, por parte da clientela na ESF, depende da postura dos profissionais em reconhecer essas manifestações no cotidiano de seu trabalho na atenção básica à saúde. Para isso, os referidos autores consideram, como primeiro passo a ser exercido pela equipe, a identificação quantitativa e qualitativa dessas pessoas. Reconhecem que os usuários com transtornos mentais podem ser acolhidos, assistidos e terem melhorada a sua qualidade de vida através de ações realizadas pela ESF.

Obtém-se o consenso de que os enfermeiros, geralmente, são os primeiros a estabelecerem o primeiro contato com o usuário quando este busca o atendimento nos serviços de saúde (ORGANIZACIÓN PANAMEIRNA DE LA SALUD, 1999) e,

consequentemente, estabelece um vínculo caracterizado pela atitude acolhedora e compreensiva dos seus valores e anseios.

É imprescindível que o enfermeiro busque, através dos programas de educação permanente, o aperfeiçoamento quanto ao conhecimento das doenças e a sua forma de interação com as famílias e com o indivíduo, no intuito de ajudá-los em suas necessidades e anseios durante o processo terapêutico.

Espinosa (2002) cita que o papel da enfermagem é visto pela OMS, no seu relatório 363, de 1978, como um processo interpessoal prestado, pelo enfermeiro, na assistência aos indivíduos na promoção à saúde mental, prevenção da doença e enfrentamento em situações de *stress*, ajudando-os a se readaptarem e a encontrarem significado nestas experiências.

Desse modo, a enfermagem é terapêutica no sentido de que se trata de uma arte curativa, auxiliando um indivíduo doente ou necessitado de cuidados de saúde. Então, pode ser entendida como um processo interpessoal pelo fato de envolver interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Essa meta proporciona o incentivo ao processo terapêutico, no qual o enfermeiro e paciente respeitam-se mutuamente, ambos aprendendo e crescendo como resultado da interação (PEPLAU, 1991; BELCHER; FISH, 2002).

O controle e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita, ao maior número possível de pessoas, terem acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. É preciso reconhecer que muitos já buscam assistência a esse nível. Isso não só proporciona melhores cuidados, como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Pretende-se, com esta pesquisa, ressaltar que a inserção das ações dos enfermeiros em saúde mental é necessária na ESF. Avançar na direção da qualificação dos mesmos em busca da compreensão da complexidade da saúde mental e na construção de práticas mais eficientes e qualificadas. O referencial teórico fundamenta o trabalho do enfermeiro com enfoque na relação que se estabelece e no desenvolvimento do projeto terapêutico.

1.1 JUSTIFICATIVA

Embora alguns estudos tenham explorado, de modo pertinente, a atuação do enfermeiro em saúde mental na ESF (SOUZA et al., 2007; BRÊDA et al., 2005; ROSA; LABATE, 2005; OLIVEIRA; ALESSI, 2003), verifica-se a necessidade de abordar o trabalho do enfermeiro em saúde mental coletiva, apoiados nos seguintes aspectos: relacionados às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde mental dos portadores de transtornos mentais de forma integral e contínua, bem como os fatores que dificultam a interação e assistência do enfermeiro, desde o primeiro contato com os usuários nas equipes de saúde da família do município de Uberaba-MG.

Sob esta ótica, idealmente, as intervenções em saúde deveriam ser desenvolvidas após o adequado conhecimento acerca da sua realidade, a fim de favorecer o estabelecimento de metas e condutas que atendam à população de modo efetivo (ARAÚJO et al., 1999).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, devem munir-se de instrumentos que possibilitem melhor entendimento sobre a saúde mental, o que permitirá adequar os cuidados básicos, para planejar e implementar ações direcionadas aos portadores de transtorno mental, visando à melhoria da qualidade da assistência em nível comunitário, contribuindo para discussões desta temática, em nível nacional.

Seguindo essa direção, algumas inquietações e hipóteses nortearam o desenvolvimento do estudo:

- ✓ O enfermeiro tem dificuldade em realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental na ESF, a partir dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica.
- ✓ O enfermeiro não realiza planejamento sistematizado e programado das ações em saúde mental na ESF.

A apresentação deste estudo está organizada em quatro momentos da seguinte forma: no primeiro momento, faz-se uma revisão teórica da Reforma Psiquiátrica e da ESF, em suas diversas concepções, conceituações e normatizações voltadas para uma construção coletiva. Ao mesmo tempo, será apresentada a importância da promoção à saúde e interação interpessoal

fundamentado na Teoria do Relacionamento Interpessoal proposto por Peplau (1952), para nortear as ações dos enfermeiros junto aos usuários na ESF.

O segundo momento discorre sobre o percurso metodológico da pesquisa pela abordagem quantitativa.

Finalizando, apresentam-se a análise, discussão dos dados, as conclusões e considerações finais desenvolvidas a partir do conteúdo da análise. Entendo que essas conclusões não são definitivas, mas, apontam uma direção para prosseguir em estudos complementares que apoiem o trabalho do enfermeiro nas ações básicas em saúde mental, na abordagem da interação terapêutica que favoreça a reinserção dos portadores de transtornos mentais na comunidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

As últimas duas décadas no Brasil foram marcadas pela expansão da cobertura na saúde, o avanço do movimento da Reforma Sanitária e da rede de atenção básica de saúde no início da década de 80, através das recomendações internacionais e nacionais da OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), bem como o surgimento do SUS, a agenda para o desenvolvimento social e da promoção à saúde nos meados do início da década de 90 (BRASIL, 2006a; STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Nesse contexto, essas recomendações trazem inúmeros desafios como o restabelecimento da promoção da saúde mental na comunidade, devendo entre outros aspectos buscar estratégias direcionadas à atenção básica à saúde que visem à organização a partir das necessidades de saúde da população e estabelecer a articulação com os serviços de cuidados especializados extra-hospitalares (SILVA; FONSECA, 2005; BRÊDA et al., 2005).

Na área da saúde mental, a eclosão da Reforma Sanitária e o processo de Reforma Psiquiátrica surgem como críticas ao modelo hospitalocêntrico. Com a criação do SUS, o modelo de assistência proposto centrou-se no atendimento preventivo junto à comunidade e a criação de leitos psiquiátricos, em hospitais gerais, para os casos que necessitem de uma rápida intervenção e uma breve hospitalização (BRASIL, 2007).

O movimento da Reforma Sanitária surgiu durante a segunda metade da década de 70, frente aos processos de redemocratização do país, dos quais transcorreram a luta pela elevação dos padrões de saúde da população e pela necessidade de se pensar a saúde numa perspectiva coletiva. Nesta época, havia significativa insatisfação popular em relação à ditadura e à política de saúde pública, considerada uma máquina ineficiente e conservadora, restringindo-se, apenas, as campanhas de baixa eficácia devido a carências de recursos e decadência da saúde da população marcantes deste período.

A Reforma Sanitária inspirou-se em um modelo assistencial igualitário, coletivo e de promoção da saúde. Constituiu-se em um processo de reflexão e transformação das práticas em saúde que culminou na mudança do modelo assistencial, o qual garante ao sujeito e suas necessidades, o direito à saúde, à

participação e à integralidade da atenção, entre outros (MIELKE, 2009).

Ao eleger, como seu objeto, os corpos sociais e não mais corpos biológicos, a saúde coletiva passou a estabelecer relações mais complexas entre os processos de adoecimento, a produção de serviços e a estrutura da sociedade. Essa aponta para uma nova definição do processo saúde-doença, expressa por um conjunto de ações e atitudes que marcam o campo do saber e da prática em saúde e divide, didaticamente, as ações em saúde em categorias que expressam os níveis de complexidade da atenção à saúde. Na prática, essas categorias da atenção básica à saúde dificilmente são utilizadas de forma isolada e visam, igualmente, proporcionar condições para conquista de uma qualidade de vida melhor para os seres humanos (VAITSMAN, 1992).

O sistema de saúde foi movido pela necessidade de inclusão social em saúde, que conquistou uma ação inegável de cidadania, pela população. O Estado passou a qualificar essas ações políticas, resultado das condições do desenvolvimento social e ambiental, no sentido de atender às demandas básicas da população (AKERMAN et al., 2006).

Assim, as políticas públicas de saúde, propostas pelo governo brasileiro tal qual mostra a história, refletem o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras, conduzidas conforme mudanças político-administrativas. Nesse sentido, destaca-se a idéia de que, na década de 1980, pode-se pensar que garantir a saúde da população brasileira significou a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo (BRASIL, 2006a).

O movimento da Reforma Sanitária contribuiu para um marco histórico por consagrar os princípios preconizados pela OMS, ganhou contornos próprios, fundamentação teórica e técnica. Em seu contexto reformista, destaca-se na área de saúde mental e saúde coletiva, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como a criação do SUS.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Como resultado das exigências do dinamismo social, dos movimentos de transformação da assistência psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos e da mobilização dos profissionais da área de saúde mental, no Brasil, após um século de

institucionalização, em 1852, tem-se redefinido, através do Estado, as diretrizes políticas da saúde mental, nas últimas décadas. Dessa forma, preconiza-se que a assistência seja feita de modo predominantemente extra-hospitalar, regionalizada e na própria comunidade (BARROS; EGRY, 1994).

Nos movimentos que se seguiram, no final da década de 70 e início da de 80, acompanhando a trajetória da Reforma Sanitária, vivenciou-se o momento do crescimento econômico e de reconstituição social que buscavam a democratização e maior participação popular. Desse modo, grupos de profissionais em saúde mental, juntamente com segmentos da sociedade, organizaram-se para que o hospital psiquiátrico fosse transformado ou até mesmo extinto. A partir disso, começaram os movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo inteiro.

Dentre os principais movimentos reformistas de maior relevância, Pitta (1984) cita as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria na Inglaterra; a psicoterapia institucional e a política de setor na França; o movimento de saúde mental comunitária nos Estados Unidos e a psiquiatria democrática italiana.

O produto desses movimentos reformistas resultou em dois rumos que foram colocados ao manicômio: a transformação desses em instituições terapêuticas reabilitadoras, a exemplo da psicoterapia institucional e da comunidade terapêutica, ou o seu fechamento como pré-requisito para a reforma, conforme a psiquiatria democrática italiana e a desinstitucionalização (DESVIAT, 1999).

A comunidade terapêutica, foi consagrada, em 1959, por Maxwell Jones, que, ao sugerir uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrou a possibilidade de ofertar um tratamento fora do manicômio, ou seja, no espaço social dos sujeitos. Também possibilitava pela primeira vez, a fala dos pacientes no ambiente hospitalar em um projeto terapêutico. Assim, pela primeira vez, os mesmos eram reconhecidos como pessoas capazes de participarem de seu tratamento (GONDIM, 2001).

A política de setor francesa orientava o atendimento aos doentes mentais de forma setorizada, ou seja, foram delimitadas áreas com 50 mil a 100 mil habitantes, uma mesma equipe. Cada setor forneceria o tratamento e se encarregaria do indivíduo, nos diferentes serviços e momentos de tratamento, desde a prevenção até a cura. A assistência ao paciente saiu do hospital para o espaço extra-hospitalar. O mesmo deveria ser atendido na própria comunidade e o efeito “cronicizador” da instituição seria evitado. Desse modo, esse movimento foi considerado o marco da

Psicoterapia Institucional e da Política de Setor, em razão de sua proposta para uma ação de saúde pública (DESVIAT, 1999).

A desinstitucionalização norte-americana se destacou nos centros de Saúde Mental voltados para a Psiquiatria Preventiva idealizados por Gerald Caplan e colaboradores. Para eles, a concepção de doença mental residia na postulação de que as várias formas da doença, nas diferentes populações, resultavam de fatores contrastantes, positivos, denominados subsídios e de fatores negativos, denominados práticas de risco. O trabalho preventivo baseava-se em identificar os tais fatores negativos e tentar corrigi-los de maneira positiva, para não desencadear uma patologia (COUTO; ALBERTI, 2008).

Naquela época, havia uma dificuldade relacionada, inclusive, ao conceito de saúde mental comunitária, em oposição à psiquiatria hospitalar e ao entendimento do que seria comunidade, em relação aos seus limites. Vários programas foram desenvolvidos, em especial em Quebec (Canadá) e nos Estados Unidos. Esses programas, por serem pioneiros em relação à abordagem da psiquiatria comunitária, que passaria a ser denominada saúde mental comunitária, receberam incentivos governamentais maciços, ocasionando uma profusão de pesquisas acadêmicas ao longo dos anos de 1960, diminuindo, assim, a inquietação em relação aos rumos do modelo de assistência em saúde mental na comunidade (BIRMAN; COSTA, 1994).

Goulart (2007) afirma que a ruptura mais significativa com a instituição psiquiátrica, no modelo internacional, aconteceu na Itália, no início dos anos de 1960, quando Franco Basaglia assumiu a direção do hospital de Gorizia, com propostas de transformação em uma comunidade terapêutica. Posteriormente, em 1970, na cidade de Trieste, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento em serviços de atenção comunitária, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas.

Esse movimento levou o Serviço Psiquiátrico de Trieste a ser credenciado, em 1973, pela OMS, como principal referência mundial na reformulação da assistência para a saúde mental. Em 13 de maio de 1978, o Governo Italiano aprovou a Lei n°. 180 como modelo de reorganização da assistência aos portadores de transtornos mentais. Caracterizou-se como um movimento de desconstrução ideológica, política e social da loucura, buscando reinventar o território das relações entre cidadania e justiça, valorizando a existência-sofrimento dos indivíduos

chamados loucos (AMARANTE, 2007).

Essa lei, reconhecida como Lei Basaglia, tornou-se um símbolo e um instrumento da luta antimanicomial. No Brasil, na data de aprovação desta lei passou a ser comemorado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial que, desde 1988, comemora no dia 18 de maio, e que influenciou fortemente a constituição de normativas no Brasil, como a Lei Federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001 (AMARANTE, 2007; GOULART, 2007).

Neste contexto, os movimentos de transformação da assistência psiquiátrica, iniciados após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e nos Estados Unidos, passaram a ter grande influência nos programas de saúde mental da América Latina e do Brasil.

Amarante (1995), ao discutir a Reforma Psiquiátrica, em uma perspectiva histórica, assinala uma série de transformações que ocorreram em três momentos: no primeiro, início da reforma, é feita uma crítica ao modelo privatizante da assistência, marcado pelo fim do “milagre econômico”, a abertura democrática e o crescimento da insatisfação popular com os movimentos sociais de oposição à Ditadura Militar que culminaram com as primeiras e importantes transformações ocorridas no setor saúde. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu importante influência da Psiquiatria Democrática Italiana. Em 1975, o médico psiquiatra Franco Basaglia, esteve, pela primeira vez, no Brasil.

No ano de 1978, influenciado pela visita de Basaglia, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que foi o principal protagonista e precursor da assistência psiquiátrica no Brasil devido, às transformações que ocorreram nas práticas e saberes em saúde mental. Esse movimento contava com a participação da sociedade civil, destacava os portadores de transtornos mentais e seus familiares, universidades, além dos profissionais de saúde (AMARANTE, 2005).

O segundo momento da Reforma Psiquiátrica, como o da trajetória sanitária, iniciou-se nos primeiros anos da década de 1980. Foi marcado por grandes avanços e contribuições importantes à saúde mental no Brasil. Em 1979, o país recebeu a visita, pela segunda vez, de Basaglia, quando foram realizadas conferências em contato direto com o MTSM e visitas em instituições hospitalocêntricas, refazendo a crítica a esse modelo assistencial (AMARANTE, 1995). Para Basaglia (1982), esse modelo assistencial fora construído para reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.

Ainda, de acordo com Amarante (1997, p. 165), define:

O principal objetivo da Reforma Psiquiátrica constitui-se em poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

O terceiro momento da Reforma Psiquiátrica desenvolvido por Amarante (1997) foi, organizado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) como um movimento social independente e com proposta de desinstitucionalização, em sua versão norte-americana, enquanto medidas de desospitalização, ou seja, desconstrução e na inversão do modelo de hospitalização. Assim, esse processo foi reconhecido, acima de tudo, como um processo ético, de uma prática que introduzia novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Para que a desinstitucionalização se viabilizasse, envolvia a aceitação da loucura pela sociedade, com a garantia de direitos fundamentais, como liberdade para ir e vir, dentre outros.

Nesse contexto, Costa-Rosa (2000) reforça que esse processo constitui-se em um modelo psicossocial que valoriza e singulariza a subjetividade e existência do transtorno mental. A luta é a favor da desospitalização e da desmedicalização como proposta de recolocar o portador de transtorno mental como sujeito de sua vida, bem como a liberdade de circular nos serviços de saúde e na comunidade. A interdisciplinaridade está presente nesse modo de atenção, que visa não mais a fragmentação, mas o cuidado dos aspectos biopsicossocial, cultural e espiritual.

Em julho de 1987, ocorreu, na cidade do Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que teve intensas discussões e o seu relatório final apresentou como propostas gerais: a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, incluir em seus determinantes as condições gerais de vida; a vinculação com os princípios gerais da Reforma Sanitária alinhada ao campo da atenção psicossocial na reformulação das práticas em saúde mental; a participação popular e conclamar os trabalhadores da área a reverem o seu papel dentro do novo modelo de atenção em saúde mental; propor a reorientação na direção dos interesses coletivos da classe (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001). A influência dessa conferência foi destaque na proposta de reformulação das práticas de saúde mental

naquela época, que apontou vários questionamentos para a efetivação da atenção psicossocial, até os dias de hoje.

O II Congresso Nacional do MTSM, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios” ocorreu no mês de dezembro de 1987. Foram implantados, nesse período, os primeiros CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. Também foram implantados os NAPS funcionando 24 horas, as cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Foi essa intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetiva e substitutiva ao hospital psiquiátrico. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2008).

No ano de 1989, foi enviado ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, apresentado à Câmara Federal, com propostas de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir desse período, que o país começou a ganhar novos contornos na política de saúde mental, marcada pelo compromisso firmado na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II CNSM, na década de 90 (BRASIL, 2005).

Quatro anos depois, em dezembro de 1992, foi realizada a II CNSM. Foram discutidas três temáticas: na primeira parte, o relatório reafirmava os princípios do SUS; na segunda parte, propunha a articulação da saúde mental com o princípio da municipalização, propostas de capacitação dos trabalhadores de saúde e a promoção de pesquisas epidemiológica e sócio-antropológica para avaliação da rede de atenção nesta área e, por último, abordava os direitos civis e cidadania, direitos trabalhistas e dos usuários, legislação qualificada e ordenada em relação às drogas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Em nível internacional, o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental, a partir da Declaração de Caracas, estabeleceu-se como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da atenção primária no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, com modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais, sob a garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990).

No Brasil, nas últimas décadas, após um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas têm-se lutado para transformar a cultura e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. No ano de 2001 ocorreram dois eventos cruciais para a política de saúde mental: a aprovação, em abril, da Lei nº. 10.216 e a realização da III CNSM, na qual houve uma ampla participação dos trabalhadores, usuários e familiares. Contou com a elaboração de um relatório final extenso que se pautava em propostas variadas e, às vezes, conflitantes, para inovação da assistência na área e a expansão da rede de serviços alternativos (AMARANTE, 2008; BRASIL, 2005).

A III CNSM, denominada “Cuidar, sim. Excluir, não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, configurou-se como um momento oportuno e fundamental para analisar os avanços e retrocessos da Reforma Psiquiátrica, traçar estratégias de ação e, principalmente, consolidar este processo como a política nacional de atenção à saúde mental (SILVEIRA, 2009).

O projeto de lei Paulo Delgado tramitou por 12 anos no Senado e, somente em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº. 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica. Assim, a essa Lei Federal redirecionou a assistência em saúde mental, possibilitando o tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse contexto, a política de saúde mental, no país, passou a consolidar-se e apresentar maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2007).

Com intuito de reduzir os leitos psiquiátricos e de desinstitucionalizar o número de pessoas com períodos longos de internação, em 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica para controlar o número de leitos psiquiátricos, em todo o país, exercendo grande impacto no avanço da Reforma Psiquiátrica, permitindo as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada (BRASIL, 2005).

Com base nessas premissas, a assistência psiquiátrica brasileira fundamenta-se na proposta de concretizar significativas transformações, marcadas pela redução de leitos situados no hospital psiquiátrico e pela implantação de serviços e recursos

substitutivos ao modelo hospitalar, com a possibilidade da inclusão social dos portadores de transtornos mentais na sociedade. Pressupõe a necessidade de criar uma rede de saúde mental integrada de base comunitária efetiva, enfatizando a participação da família, a descentralização dos serviços, a humanização e a reabilitação psicossocial no contexto social e a luta por direitos civis do sujeito.

A reabilitação introjeta uma mudança total em toda a política dos serviços de saúde mental. Por isso, é preciso envolver os trabalhadores dessa área e todos os trabalhadores do processo saúde-doença, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente, a comunidade inteira (MACHADO; MOCINHO, 2003).

À medida que, gradativamente, se estende a visão e a consideração do homem em seu contexto, a família vem sendo inserida no trabalho de reabilitação, com vistas à melhoria do convívio no espaço doméstico, como unidade de tratamento (PEREIRA et al., 2008).

Diante do exposto na literatura, sobre a assistência na saúde mental, identificam-se as mudanças que ocorreram no contexto social e familiar dos portadores de transtornos mentais. Porém, ainda é preciso mais vigor nessa política de reestruturação, com adoção de medidas que visam diminuir o sofrimento humano, o isolamento, a discriminação e as concepções sobre a loucura na comunidade. A aceitação da pessoa, pela família e na sociedade é ainda um grande desafio. A atenção ao portador de transtorno mental não tem sido colocada como prioridade na agenda dos governantes. Percebem-se muitas dificuldades na definição de responsabilidades, papéis e limites de cada uma das instituições responsáveis pelo cuidado a essa clientela (MUNARI et al., 2008; AMARANTE, 2008; PEREIRA et al., 2008).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em setembro de 1978, em Alma-Ata, a OMS lançou o programa “Saúde para todos no ano 2000”, com enfoque nos cuidados primários em saúde já abordados por americanos e ingleses no começo do século. O programa dava especial destaque à reorientação e organização dos serviços de saúde. Enfatizava a prevenção das doenças, promoção da saúde, qualidade de vida, participação da comunidade, a intersetorialidade da abordagem dos determinantes sociais das

doenças, o trabalho em equipes multidisciplinares, com profissionais cuja formação e desempenho fossem voltados para a percepção epidemiológica e social relacionados com o indivíduo, família e sociedade, não apenas para a clínica (COELHO, 2008; BRASIL, 2001c).

O conceito de atenção básica à saúde descrito neste programa, pela OMS (1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30) foi definido como:

Atenção à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos, famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato com os indivíduos e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Neste contexto, historicamente, a formulação da atenção básica à saúde, foi marcada pela influência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira inicialmente formada por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde e, posteriormente, por centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares (VENÂNCIO, 2005).

Desse modo, a VIII CNS, realizada em 1986, contou com a participação de diversos segmentos sociais e políticos, considerado um importante evento político sanitário o qual contribuiu para fazer emergir um projeto orgânico de reordenamento do setor de saúde, consagrado pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

As Ações Integradas de Saúde lançaram as bases precursoras do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e esse, por sua vez, já incorporava o pensamento da Reforma Sanitária elaborado na VIII CNS, que apontava para o SUS (BRASIL, 1986).

O SUDS se constituiu em mais um passo para adotar, como diretrizes, a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (BRASIL, 2003a). No entanto, não promoveu a efetiva descentralização administrativa para os

municípios e desconsiderou a questão da participação popular, elemento indispensável para o sucesso das reformas propostas.

A Reforma Sanitária destacava três aspectos fundamentais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e propunha uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde, instituindo o SUS (MENDES, 1995).

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em outubro de 1988, retratava o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas determinando que (BRASIL, 1988, p.97):

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. No entanto, apesar de ser garantida por meio de políticas voltadas para diminuição do risco de doenças e ampliação de ações e serviços de promoção e recuperação, a saúde ainda enfrenta muitos desafios para sua efetivação (BERLINGER, 1993).

Sob essa ótica, a mobilização da sociedade brasileira inseriu na agenda dos anos de 1980, a discussão das políticas de saúde como componente de uma política social incorporada pelo Estado, com a aprovação do SUS e seus desdobramentos práticos na década de 1990, com a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a n°. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (ASSIS, 1998).

A primeira regulamentou o SUS e apontou as diretrizes gerais para sua consolidação, estabelecendo, como pressupostos básicos: a universalização, a integridade, a equidade, a descentralização e participação popular ativa na gestão da saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990a; BERLINGER, 1993).

Já a Lei n°. 8142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde por meio das CNS, que ocorrem a cada quatro anos e dos Conselhos de Saúde, que são os órgãos colegiados presentes em todos os níveis da federação e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros

na área da saúde, orientando, assim, o controle social e o financiamento do SUS. Desta forma, estabelece-se um novo pacto social, novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial (BRASIL, 1990b; BERLINGER, 1993).

O SUS surgiu, portanto, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

A partir da década de 1990, presenciou-se uma preocupação em reorganizar as práticas e ações de saúde em todos os níveis do sistema, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) 001/96 e 001/2002 que incentivavam a descentralização das ações de saúde, como vigilância epidemiológica e sanitária e a implantação do PSF, além da gestão da atenção básica à saúde e plena do sistema (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

A ESF se destacou como uma das iniciativas mais coerentes com os princípios da Reforma Sanitária e de reorganização do modelo assistencial e de consolidação do SUS.

Com a NOB 01/96, os municípios passaram a receber incentivo financeiro para a implantação da ESF (BRASIL, 1996a). Esse recurso financeiro trouxe um crescimento acentuado das equipes no país e, atualmente, o Ministério da Saúde está investindo no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que visa contribuir para a efetivação do PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Esse projeto propicia a qualificação do processo de trabalho e desempenho nos serviços de saúde, bem como proporciona a otimização de respostas mais efetivas para os problemas de saúde da população brasileira (BRASIL, 2004a).

Objetivando restabelecer a promoção da saúde vários países, incluindo o Brasil, buscaram-se adotar estratégias de saúde pública direcionadas à atenção básica à saúde que visava à organização a partir das necessidades de saúde da população, sendo mais efetiva, porque passavam a orientar-se pelas condições crônicas e pelos menores custos em relação à redução dos procedimentos de alto custo refletindo em melhor qualidade através da utilização das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, cabe ressaltar que o movimento de atenção à saúde da família se deu em muitos países e a organização desse sistema teve, a seu favor, o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família que ocorreram no

Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, os quais influenciaram na formulação do programa brasileiro (STARFIELD, 2002; VIANNA; DAL POZ, 2005).

A implantação de propostas de sistema de saúde na atenção básica à saúde, nesses países, assim como no Brasil, surgiram como mudanças nos modelos de atenção baseados na doença e no hospital. Esses, geralmente, apresentam altos custos financeiros, baixa qualidade e resolutividade das ações e serviços, além da insatisfação dos usuários. Ainda em relação ao sistema brasileiro, foram criadas com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centrando a atenção em saúde da família, mudando as práticas em saúde para mais humanizadas, ampliando os acessos aos serviços e possibilitando uma melhor intervenção, o que vai além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (STARFIELD, 2002; ANTUNES; EGGRY, 2001).

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF originou-se a partir do êxito com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituída pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, como parte de um programa de combate à seca. O programa foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1991, com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com a necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada, foi introduzida a supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro (VIANNA; DAL POZ, 2005).

A implantação da ESF teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, razão pela qual foi estendido a todo o país, pelo Ministério da Saúde, em 1994, como política oficial de atenção básica à saúde.

A ESF reorienta o modelo assistencial a partir da atenção básica à saúde, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, permite o desenvolvimento de tecnologias alternativas, redefine as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população e está plenamente sintonizado com o princípio da integralidade, cuja organização privilegia a lógica da vigilância à saúde e da promoção da saúde (BRASIL, 1997).

A formulação da atenção básica à saúde foi construída ao longo das quatro últimas décadas e caminha na construção de sistemas de atenção à saúde orientada pela situação epidemiológica para enfrentar as doenças crônicas, melhorar a qualidade na promoção e na prevenção dos agravos e trabalhar com tecnologias mais seguras, com menores custos e de menor densidade. Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica à saúde deve ser a porta preferencial de entrada do SUS e nível de atenção para atuação nas seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Starfield (2002) propõe quatro características para a atenção primária à saúde: primeiro contato ou acessibilidade (definida como “porta de entrada” no sistema, está ligada à capacidade de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários); a longitudinalidade (caracteriza-se no vínculo duradouro entre usuários e profissionais de saúde, garante a continuidade da atenção no decorrer do tempo, independentemente da existência de problemas ou enfermidades); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de referência).

Por fim, a coordenação apresenta-se como componente essencial para garantir a efetividade das propostas da atenção básica à saúde, garantir o seguimento do usuário no sistema em todos os outros níveis de saúde do sistema, quando necessário. Os serviços devem ter capacidade para reconhecer, adequadamente, os problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais (STARFIELD, 2002).

Mendes (2002) ressalta a importância da implantação de redes integradas de atenção à saúde da população coordenada pela atenção básica à saúde e prestada no tempo certo, no lugar certo, com qualidade certa, responsabilidade sanitária e econômica.

O PSF constitui-se em uma estratégia de política pública que tem se conformado e consolidado como um campo de atuação para a enfermeira. Assim, em dezembro de 2008, havia 29.057 equipes de PSF implantadas no país, o que correspondia a uma cobertura de 49,51% da população brasileira (BRASIL, 2009b).

Após a expansão quantitativa do PSF, passou-se a uma discussão da qualidade desse programa e sua integração na rede assistencial de serviços de saúde, caracterizando-o como uma estratégia que possibilitaria a integração e

promoveria a organização das atividades de saúde em território definido. Com isso, a amplitude de programa setorial de saúde foi ampliada para uma estratégia de estruturação do sistema público de saúde a partir do redirecionamento das prioridades das ações de saúde, prometendo trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde e desenvolvimento de uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

O termo PSF passou a ser utilizado como ESF, a partir de março de 2006 com a aprovação da Portaria 648, tendo em vista que sua implantação busca estruturar o sistema público de saúde, não se constituindo como proposta temporária (BRASIL, 2006b).

A Portaria estabelece, ainda, a revisão de diretrizes e normas para organização da ESF e do PACS, em uma perspectiva do pacto pela saúde, regulamenta o financiamento através do cumprimento de metas sanitárias na gestão tripartite (BRASIL, 2006b).

Define como características da atenção básica à saúde que a inserção no território seja hegemônica e substitua o modelo tradicional; as equipes privilegiem a família e a comunidade, realizem um planejamento situacional para enfrentar os problemas de saúde junto com a comunidade; inserir a ESF como organizadora do sistema local de saúde e que o município garanta condições de trabalho, como, infra-estrutura física, materiais, insumos, equipamentos, acompanhamento e aperfeiçoamento das equipes; cabe ao gestor estadual, as normatizações e diretrizes de avaliação e monitoramento, através de assessoria técnica, e, ao governo federal, as normas e diretrizes relacionadas ao sistema financeiro e ao processo de educação permanente dos profissionais (CAMPOS et al., 2008).

A ESF é operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento um determinado número de famílias (1000 famílias ou 4500 pessoas/equipe de saúde da família) sob a lógica da territorialidade e da adstrição da população. É pautada na construção do vínculo e na co-responsabilização do cuidado (BRASIL, 2004a). Pode-se referir ainda que a ESF tenha a prática do acolhimento como fundamental para o alcance de seus objetivos. As equipes da ESF são compostas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde.

Em alguns municípios, há experiências de incorporar outros profissionais de saúde, como a equipe de odontologia, que, assim como os outros, tenha formação generalista e os agentes comunitários de saúde admitidos com a função de interação da equipe com a família e a comunidade (BRASIL, 2006b). Há algumas localidades que recebem o apoio de profissionais inseridos em redes de apoio matricial constituídas de equipes de saúde mental, reabilitação, nutrição, saúde coletiva e desenvolvimento social, saúde da mulher e da criança, articulados com várias ESF em uma determinada abrangência (CAMPOS et al., 2008).

A ESF propõe nova dinâmica de reestruturação dos serviços de saúde, no intuito de promover a relação dos profissionais o mais próximo do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximo dos indivíduos, famílias e comunidades, com compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda a população. Com isso, é garantido o acesso através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, a partir da identificação dos fatores de risco aos quais estão expostos e neles intervém de forma apropriada. Torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial centrado na qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Em suma, a proximidade com as famílias e com a comunidade faz das equipes de saúde da família, recursos estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, incluindo o transtorno mental. Apesar de os princípios enunciados acima apontarem a ESF como principal estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde junto à comunidade, efetiva ampliação das ações voltadas para a integração e no contexto social, não há, nos textos oficiais do Ministério da Saúde voltados para a atenção básica à saúde, referência explícita de ações programadas ao enfrentamento dos problemas de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

O Ministério da Saúde aponta, ainda, como desafios que se colocam para a consolidação da ESF: maior responsabilidade dos gestores e trabalhadores da saúde; otimização da utilização dos recursos disponíveis, com inserção da saúde da família nas redes de serviços; desenvolvimento de uma política de priorização dos investimentos, segundo variáveis epidemiológicas e gerenciais; implantação efetiva do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros instrumentos de gestão (Programação Pactuada Integrada, Pacto da Atenção Básica à Saúde); a

capacitação, formação e contratação de recursos humanos; avaliação e acompanhamento permanente de seu desenvolvimento (BRASIL, 2004a).

Assim como os modelos assistenciais se modificam e desencadeiam com base nas necessidades que são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. O desenvolvimento das novas práticas em saúde muda a visão do profissional em direção a uma assistência integral do sujeito, da família e da comunidade. Nessa perspectiva, estabelece o redirecionamento do processo de trabalho devido às novas competências exigidas do trabalhador de saúde e abre novas formas de discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS, em particular o profissional que atua na ESF (REIS; HORTALE, 2004).

2.4 INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em março de 2001, foram realizadas oficinas de trabalho para a discussão das ações de saúde mental na atenção básica à saúde, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica à Saúde da Secretaria de Políticas e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde. O objetivo dessas oficinas foi o de incorporar ações de saúde mental através de práticas que compunham o cuidado integral à saúde e uma maior compreensão da realidade inserida no âmbito familiar, oferecer condições para que os profissionais desenvolvessem ações resolutivas nas situações de risco que geravam sofrimento psíquico. Participaram do evento nove Secretarias Municipais de Saúde e uma Secretaria Estadual de Saúde, que foram escolhidas por desenvolverem experiências em andamento da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2001b).

As oficinas apresentaram quatro relatórios que resultaram em metas para o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde que deveriam ser desenvolvidas por meio da ESF. Essas metas eram:

- ✓ Atuação e sensibilização das equipes para a escuta e compreensão da dinâmica familiar;
- ✓ Sensibilização para compreender e identificar os pontos de vulnerabilidade que poderiam provocar uma ineficácia nos vínculos familiares e sociais;

- ✓ Incorporação da saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana, entre outros;
- ✓ Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos NAPS/CAPS e de outros recursos ambulatoriais especializados; construção de intervenções terapêuticas de forma individualizada, de acordo com a realidade específica local e voltada para a inclusão social;
- ✓ Mobilização de recursos comunitários, através de articulações com grupos de auto-ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares; promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral, com temáticas específicas de acordo com a realidade e o interesse de cada comunidade;
- ✓ Construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, dentro da comunidade, como oficinas comunitárias e outros, criados pela mobilização social;
- ✓ Ações promotoras e preventivas para diminuir o comportamento violento, o uso/abuso de álcool e outras drogas, o isolamento social/afetivo, o sentimento de baixa autoestima, a dedicação exclusiva e competitiva à atividade de trabalho, a violência intrafamiliar, a exclusão social e a prostituição infantil (BRASIL, 2001b).

A inserção de ações de saúde mental na atenção básica à saúde, especialmente na ESF, foi organizada a partir da implantação do apoio matricial e da inclusão de indicadores da saúde mental no SIAB em 2003 (CAMPOS; GAMA, 2008).

O apoio matricial é um artifício organizacional que objetiva desenvolver o trabalho em saúde e serve de suporte técnico pedagógico as referências na equipe de saúde da família que deve receber apoio das equipes especializadas em saúde mental. “[...] trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399).

Dessa forma, cada equipe de referência matricial terá um registro a partir de um cadastro de casos sob sua responsabilidade, pelo qual será possível identificar aqueles casos considerados em risco e vulneráveis para elaboração de um projeto terapêutico. Ainda permitirá alteração da avaliação diagnóstica ou dos

procedimentos de cuidado como suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com o objetivo de inserir as ações de saúde mental na atenção básica à saúde foram implantados vários projetos no país, como: o “Projeto Qualis/PSF”, no município de São Paulo, a partir da concepção de que “[...] qualquer processo terapêutico consiste na resignificação do sintoma e que, para isso, era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde” (LANCETTI, 2000, p. 19).

Este Projeto estruturou seu programa de saúde mental com duas equipes volantes, contando com psiquiatra, psicólogo e assistente social atendendo às equipes locais do PSF. São relatadas ações como a realização de cursos voltados para a formação em saúde mental desses profissionais e para o uso racional de psicofármacos e uma abordagem que implica em tratar a família em grupo terapêutico (LANCETTI, 2000).

A experiência de Campinas/SP, com a implantação das equipes matriciais em apoio ao Programa Paidéia de Saúde da Família, em 2002, apontou avanços e dificuldades desse sistema junto às equipes do programa. Consistia em realizar propostas de roteiro para o acolhimento, discussão de casos, atividades comunitárias, acompanhamento dos moradores em residências terapêuticas, reuniões com familiares, atividades itinerantes dos profissionais de saúde mental, etc. Dentre as dificuldades destacam-se: a insuficiência de recursos humanos; a rotatividade de profissionais, tanto da equipe matricial, como do Programa Paidéia; as práticas voltadas para a medicação e o acolhimento ainda descompassado e necessidades de aprimoramento (CAMPOS et al., 2008).

Recentemente, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção à Saúde. São constituídos por profissionais que não estão inseridos dentro da equipe mínima da ESF, com a finalidade de fazer a relação de matriciamento das equipes. Esses núcleos devem integrar-se na rede de saúde mental, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas juntos às equipes de Saúde da Família, contribuindo para criar condições para a reinserção social dos usuários e utilização das potencialidades dos recursos comunitários, em busca de melhores práticas em saúde, de promoção e equidade, da integralidade e da construção da cidadania (CAMPOS; GAMA, 2008).

Todas essas experiências apontam para a importância de um suporte técnico para as equipes de saúde da família e consequente efetivação da Reforma Psiquiátrica. Embora ocorram problemas envolvendo o processo saúde-doença/mental no contexto de atuação da ESF, nem sempre os profissionais contam com algum tipo de apoio, fato que dificulta ou impossibilita a realização do cuidado nessa direção.

Entretanto, a ESF representa a iniciativa para reversão deste contexto, a partir de investimentos na promoção da saúde e na defesa da vida, direcionados para as práticas de educação em saúde na comunidade. Assim, 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos na rede básica, com garantias de cuidados mais simples, porém, não desqualificados, sem diagnósticos e tratamentos tecnologicamente sofisticados. Neste sentido dispensa-se grande parte dos encaminhamentos para os níveis secundários (ambulatórios e outros serviços especializados de diagnóstico e tratamento e terciários (hospitais), na qual não seria valorizada ou estimulada em excesso a “carreira de doente” na pessoa com a doença (AMARANTE, 2007).

É possível considerar que a proposta da humanização em saúde mental é uma possibilidade de instaurar, nas instituições de saúde, espaços de liberdade proporcionando acolhimento, sustentabilidade e apoio aos profissionais da área, gestores e usuários, implicados no processo de saúde, refletindo não apenas para um modelo de SUS autoritário, fragmentado e ineficiente. As mudanças institucionais voltadas para inclusão e autonomia das pessoas com transtorno mental requer práticas voltadas para a criatividade, a autoestima e a redução dos efeitos da cultura hospitalocêntrica que prejudicam tanto estes indivíduos, como os trabalhadores da área (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Em relação à atual política de saúde mental, pautada no modelo da Reforma Psiquiátrica, como refletem Nunes, Juca e Valentini (2007), as práticas de saúde que são desenvolvidas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços na área, ainda há uma imensa “lacuna” entre as diretrizes propostas por esses serviços e o que se observa na realidade concreta. Acrescenta que as concepções e práticas em saúde mental, realizadas no nível da atenção básica à saúde, nem sempre resultam no esperado por aqueles que projetaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que são levantados questionamentos quanto à contribuição na realidade, como forma de avançar na reinserção social dos portadores de transtornos mentais e na

“desestigmatização” do cuidado efetivo dos mesmos. O autor considera que o debate lançado em relação à saúde mental oferece dados considerados ainda incipientes em relação ao nível de ampliação de ações na rede básica.

2.5 O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A enfermagem existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Assim, a realidade imposta pela Reforma Sanitária nas duas últimas décadas, no Brasil, pelo processo de implantação e consolidação do SUS e, particularmente, pela Reforma Psiquiátrica, coloca grandes desafios para a assistência da enfermagem comunitária, exigindo uma ampla discussão sobre a sustentabilidade do processo de mudança do modelo assistencial. Especialmente nos aspectos da promoção à saúde mental e o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o portador de transtorno mental.

Para tanto, ressaltar-se-á, nesta etapa do trabalho, o desenvolvimento histórico da assistência de enfermagem, evidenciando as mudanças dos paradigmas da assistência psiquiátrica.

2.5.1 Histórico da Assistência de Enfermagem

Vale lembrar que a prática da Enfermagem está associada a vários acontecimentos históricos, culturais e religiosos e sua evolução, enquanto profissão nasce da necessidade de atender aos interesses políticos, sociais e econômicos. A enfermagem profissional nasceu sob o modo de produção capitalista, o que determinou seu processo de trabalho (MARTÍN et al., 1997).

Kawamoto e Fortes (1997) ressaltam que a retomada do passado vem demonstrar que as práticas de saúde são muito antigas. Por muitos séculos, o cuidado de enfermagem foi exercido de forma empírica, pelas mães, por sacerdotes, feiticeiros e religiosos. No entanto, ressaltam que, a partir do século XX os conceitos sobre enfermagem sofreram modificações influenciadas pela ação de Florence Nightingale.

Com Florence, o cuidado ganha especificidade em relação à divisão do trabalho social, incorpora atributos de um campo de atividades especializadas e reconhecidas, socialmente, como necessárias. O exercício profissional constitui um estudo sistematizado, com reflexão teórica investigativa que busca subsídios para a solução dos permanentes desafios e problemas acrescentados na dialética da vida em sociedade (PIRES, 2009).

Os autores relatam que, neste período, surgiram as concepções teórico-filosóficas de enfermagem desenvolvidas por Nightingale através das observações sistematizadas e registros estatísticos obtidos de sua experiência prática no atendimento diário a doentes. Dessa vivência, foram categorizados quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Esses conceitos foram considerados revolucionários para sua época e, ainda hoje, se identificam com as bases humanísticas da enfermagem, tendo sido revigorados pela teoria holística.

As concepções teórico-filosóficas de enfermagem desenvolvidas pelo “Sistema Nightingale” espalhou rapidamente pelo mundo inteiro, conduzido pelas enfermeiras inglesas e norte-americanas. A enfermagem brasileira foi estruturada conforme esse Sistema trazido por enfermeiras norte-americanas por volta de 1890 (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999).

A primeira iniciativa oficial com relação ao estabelecimento do ensino da Enfermagem profissional no sistema brasileiro foi a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras anexa ao Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro em 1890, através do Decreto nº. 791/1890, a qual seguia mais o sistema francês que o “Sistema Nightingale”, sendo conduzido por enfermeiras francesas que foram convidadas pelo Governo Provisório da República (CARVALHO, 1972; GUSSI, 1987 apud MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 1999).

Nessa época, o trabalho da enfermagem psiquiátrica brasileira estava voltado para manipular, vigiar e reprimir os pacientes. Os loucos eram vistos como perigosos e representavam risco para a sociedade. Cabia aos enfermeiros a vigilância, cujo meio de apreensão era a privação de visitas, diminuição de alimentos, reclusão e colete de força, para obter a obediência dos detentos. O emprego da força física entre os enfermeiros para com estes eram frequentes (ROCHA, 1994).

A partir da década de 90, os programas de enfermagem psiquiátrica sugerem modificações na integração da saúde mental com as outras disciplinas, bem como ações extra-hospitalares, com objetivo de promover a prevenção da doença mental.

Essa transformação ocorreu devido aos movimentos da Psiquiatria Comunitária, da Psiquiatria Preventiva, propondo intervenções sobre a comunidade, com finalidades preventivas (ROCHA, 1994).

Dessa forma, Oliveira (1999) ressalta o que possibilita o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo e é desse olhar compreensivo que o enfermeiro pode incluir o portador de transtorno mental na sociedade, criando vínculos afetivos para que possa exercer a cidadania, sem exclusão.

Os portadores de transtorno mental, frequentemente, percorrem um longo trajeto até que seja detectada a necessidade de ajuda. Assim, o resultado desse processo, em sua maioria, é reflexo de grande sofrimento, cronificação do transtorno e perdas funcionais e sociais. A possibilidade de evitar ou reduzir tais perdas é estímulo essencial para que o enfermeiro atue preventivamente junto a esses indivíduos (RODRIGUES, 1999).

Deste modo, os conhecimentos de saúde mental e de enfermagem psiquiátrica fazem-se necessários ao profissional de enfermagem, independente da sua área de atuação, a fim de que ele seja capaz de prestar atendimento a todos às pessoas que experimentem situações nas quais existam riscos para sua saúde (TRAVELBEE, 1982).

Com o objetivo de buscar a integralidade do cuidado à saúde, nas diversas áreas, a formação do enfermeiro deve contemplar as questões de saúde mental. Esse processo que precisa ser sustentado e valorizado consiste em responder ao sofrimento do indivíduo que busca o serviço de saúde, fornecendo um cuidado integral que vai além das demandas expressas e atenda às necessidades do cidadão no se refere a sua saúde e não se reduza somente ao biológico (MATTOS, 2001).

No momento atual, os currículos dos cursos de graduação vivem mutações importantes. Tais modificações originam-se de uma nova visão paradigmática que enfatiza a promoção e proteção da saúde articulada com os contextos sociais e ambientais (BRASIL, 2003b).

Destaca-se o perfil do enfermeiro em seu campo profissional com funções multideterminadas e dependentes de sua formação acadêmica, suas características pessoais e características sociais, que muitas vezes, ainda sofrem a influência das políticas de saúde (BALDI, 1992). Trata-se de uma profissão que integra diferentes

saberes, diferentes profissionais, diferentes especialidades, incorpora a produção de novas tecnologias influenciada, pela renovação dos saberes e evolução da ciência.

Todos esses fatores contribuíram para uma expansão da rede de formação de profissionais de enfermagem e que, hoje, com o novo paradigma da saúde, a formação do pessoal da área de enfermagem é reconhecida pelo Ministério da Saúde como fundamental para a consecução dos princípios e das diretrizes gerais do SUS. O cotidiano das relações de atenção e da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde devem se incorporar ao aprender e ao ensinar, formando para a saúde integral.

2.5.2 Ações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

A profissão de enfermagem, inserida na saúde individual e coletiva sempre buscou a interface entre a comunidade e o serviço de saúde. De imediato incorporou a ESF, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova estratégia (FIGUEIREDO, 2005).

O enfermeiro assume vários papéis, na ESF e, é bastante solicitado em sua prática. Dentre as funções, destacam-se a de educador, assistencialista, consultor, articulador, integrador, planejador, político, de pastoral “auscultador” das necessidades e dos problemas da comunidade (XIMENES NETO et al., 2007).

O guia prático da ESF, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c) descreve como atribuições do enfermeiro as seguintes atividades:

- ✓ Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas;
- ✓ Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- ✓ Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família (USF);
- ✓ Executar as ações de assistência integral em todas as faces do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ✓ Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

- ✓ Realizar as atividades prioritárias de intervenção na atenção básica à saúde na USF e, quando necessário, no domicílio;
- ✓ Aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva;
- ✓ Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de gestantes, diabéticos e de saúde mental, dentre outros;
- ✓ Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde, de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2001c).

Ermel e Fracolli (2006) citam que a enfermeira precisa considerar os perfis de saúde-doença desses grupos sociais e as condições que desencadeiam o adoecimento, bem como o fortalecimento dos mesmos. Para isso, é preciso executar ações que contribuam para o monitoramento dos problemas e necessidades de saúde de cada um desses grupos sociais.

Assim, as enfermeiras desenvolvem um trabalho específico dentro das equipes de saúde da família que contribuem para a organização do processo de trabalho na ESF.

O enfermeiro inserido em uma equipe multiprofissional é o profissional melhor capacitado para desenvolver atividades de educação sanitária e de orientação junto às pessoas, devido ao seu preparo e capacitação, desde o ensino de graduação, para atuar junto à comunidade no que tange à saúde individual e coletiva (DILLY; JESUS, 1995).

A ESF vem melhorando o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS), e tem proporcionado melhoria considerável na qualidade da assistência do enfermeiro, atendimento mais resolutivo e integrado com as equipes de saúde e a comunidade que o assiste, expressando um admirável grau de satisfação da população e das próprias equipes de saúde (TRAD et al., 2002).

Em meio ao reconhecimento da importância do trabalho dos enfermeiros na ESF, faz-se necessário reforçar as ações em saúde mental na ESF voltadas para a orientação e manutenção do tratamento medicamentoso; desenvolvimento do relacionamento interpessoal; compreensão e atuação na dinâmica familiar favorecendo as intervenções terapêuticas e educacionais; intervenção e reconhecimento dos primeiros sinais de recorrência de crises; consultas de enfermagem que proporcionem apoio, colaboração para determinação de limites,

expressão dos pensamentos e sentimentos, estabelecimento de uma comunicação terapêutica com suporte para identificação e solução de problemas; grupoterapia; palestras educativas; visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico (LUCCHESI, 2005).

Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, sob o enfoque de “fato social total” são necessários saberes capazes de articular, dinamicamente, as dimensões do social, do psicológico e do biológico. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e que vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e o desafia a buscar a intersectorialidade (MINAYO, 1994).

2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde refere que o modelo de promoção e proteção à saúde baseado na utilização intensiva de tecnologias especializadas, na prática hospitalar, na medicalização e na incorporação profissional centrada numa única categoria, tornou-se insustentável. Há necessidade de transformação das práticas e de reorganização do modelo tradicional de atenção à saúde, de maneira a favorecer a cadeia de cuidados progressivos de acordo com a complexidade, a integralidade da atenção das equipes de trabalhadores da área. Identifica-se, também, a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde de modo a aproximar dos conceitos e princípios que possibilitam a atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2004b).

A ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1994) destaca que a promoção da saúde abre espaço para práticas e atitudes capazes de promover a justiça social, a paz, a educação, a alimentação, a equidade e o bem-estar das pessoas. Para a OMS, a promoção e proteção à saúde devem ser mais compreendidas, praticadas e difundidas, uma vez que têm a importante missão de atuar na diminuição do estado de fragilidade e submissão de algumas pessoas diante das condições adversas à sua sobrevivência, assim como a de estimular a participação ativa dos indivíduos, grupos ou famílias, na busca pelo seu direito à saúde e ao bem estar físico, mental e social.

O conceito de promoção da saúde tem mudado, ao longo do tempo desde, a sua primeira utilização por Sigerist, em 1946, quando evidencia a produção social e não apenas biológica dos danos à saúde. No entanto, é no documento de 1974, o Informe de Lalonde, que se encontra uma compreensão sobre o adoecimento humano como fenômeno produzido por um conjunto de determinantes tais como: os ambientais, os sociais, o estilo de vida, a biologia humana ou a organização da atenção à saúde (BUSS, 2000).

Morrondo (2000) cita a construção política, conceitual e prática de promoção e proteção da saúde através de importantes eventos denominados de Conferências Internacionais, sobre as quais descreve o que segue.

Há mais de 20 anos, em Alma-Ata, Genebra, diversos países afirmaram a necessidade e a possibilidade de atingir a saúde para todos, no ano 2000, e apontaram para a atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidade, mediante sua completa participação. Hoje, lamentavelmente, grande parte da população mundial ainda está à margem dos sistemas de saúde (BRASIL, 2000a).

Como resposta à importante demanda mundial para uma nova concepção de saúde, realizou-se a primeira Conferência de Promoção da Saúde (CPS) em Ottawa, Canadá, em 1986, destacando os progressos alcançados, decorrentes da Declaração de Alma-Ata. Neste evento, firmou-se o compromisso dos países signatários de desenvolverem políticas públicas saudáveis, implicando em uma intervenção multi e intersectorial sobre os determinantes do processo saúde-doença (MORRONDO, 2000).

Essa Conferência propõe o estabelecimento de uma política de saúde que se valha de diferentes meios para proporcionar ambientes, bens e serviços mais saudáveis e seguros; considera a participação da comunidade no planejamento e gestão das atividades de saúde como indispensáveis para o enfrentamento dos seus problemas; reforça o desenvolvimento de atitudes positivas em saúde mediante a educação em saúde e outros meios de informação e reorienta os serviços sanitários para que se articule com ações de saúde de todos os níveis de assistência.

A segunda CPS foi celebrada em Adelaide, Austrália, em 1988. Como resultado do encontro foi produzido um documento que reconhecia a saúde como

um direito do ser humano e um elemento de justiça social. Baseando-se no princípio da equidade, destacava a necessidade de eliminar as desigualdades entre grupos e classes sociais no acesso à saúde. Estabelecia políticas que garantia alimentos suficientes e seguros para todos e ressalta a importância da diminuição da produção de tabaco e álcool para a garantia de melhor nível de saúde da população (MORRONDO, 2000).

Em 1991, ocorreu em Sundswall na Suécia, a terceira CPS, com enfoque no tema sobre desenvolvimento de ambientes saudáveis. Nessa Conferência mostrou-se grande preocupação com as pessoas que viviam em condições de extrema pobreza e que se encontravam inseridos em ambientes cada vez mais deteriorados tanto no aspecto físico, como no social. Sugeriu que a política de atuação sobre o meio fosse baseada na equidade, favorecendo os mais necessitados e ainda que o desenvolvimento tecnológico e econômico se ajustasse ao desenvolvimento sustentável (MORRONDO, 2000).

Destaca-se, também, a CPS na Região das Américas em Santafé, Bogotá, Colômbia, em 1992, por ter proposto a discussão sobre as condições concretas dos países latino-americanos, bem como por estimular a criação de ações que garantissem o bem estar geral da população (MORRONDO, 2000).

No ano de 1997, teve lugar em Jacarta, Indonésia, a quarta CPS. Esse encontro evidenciou a saúde como um direito humano fundamental e fator essencial para o desenvolvimento social e econômico. Propôs criar uma aliança global de promoção da saúde dirigida pela OMS, com o fim de mobilizar recursos para ações de promoção; desenvolver conhecimentos sobre novas práticas; permitir o intercâmbio de conhecimentos e habilidades; promover a atuação solidária; fomentar a responsabilidade social neste campo; criar redes sociais para conseguir a colaboração intersetorial e a difusão de experiências de promoção da saúde (MORRONDO, 2000).

Em junho de 1998, na XV Conferência Mundial da União Internacional de Promoção à Saúde e Educação Sanitária, em San Juan, Porto Rico, foram discutidos os novos horizontes para a saúde, sob o lema “da imaginação para a prática”. Nesse evento, mereceram destaque as questões referentes aos reflexos das investigações científicas e publicações sobre promoção da saúde na prática das políticas públicas e programas de saúde (MORRONDO, 2000).

Todas essas propostas e documentos constroem o paradigma da promoção da saúde e representam a possibilidade de uma mudança de atitudes e de reorientação da administração sanitária, a fim de se conseguir um maior grau de saúde das pessoas.

Assim, as atividades de promoção e proteção à saúde, as ações de educação em saúde; a prática de terapias não convencionais e/ou alternativas; a humanização da assistência à saúde; o acolhimento solidário daquelas pessoas ou famílias que buscam bens e serviços na saúde são eleitas como atitudes ou técnicas de promoção da saúde, uma vez que possibilitam maior aproximação com a comunidade, permitindo a democratização do saber, o cuidado e a qualidade de vida (MENDES, 1996).

O estado de saúde da população é desencadeado pelo estilo de vida adotado pelas pessoas e “a promoção da saúde pode ser definida como aquelas atividades que auxiliam os indivíduos no desenvolvimento de recursos que manterão ou estimularão o bem-estar e melhorarão sua qualidade de vida” (SMELTZER; BARE, 2005, p. 57).

A promoção da saúde está fundamentada em princípios como: a autorresponsabilidade, alimentação saudável, diminuição do estresse e adesão às práticas de atividade física, capacitando o indivíduo a fazer escolhas que aumentem seu bem-estar, cujo objetivo é a promoção ou manutenção de sua saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

A construção desse novo modelo de assistência em saúde define mudanças de posturas e comportamentos por parte dos profissionais de saúde, ou da equipe de atendimento, disponibilidade para rever os próprios conceitos, envolve compromisso e flexibilidade para enfrentar a problemática ligada aos transtornos mentais com a desconstrução dos princípios fortemente instituídos pela exclusão social (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

Pressupõe-se a necessidade de transformações relacionadas com a capacitação de profissionais para o campo da saúde mental, bem como mudanças na gestão dos recursos humanos. Com tendência para deslocar o foco da assistência do hospital para a comunidade, no sentido de prevenção da doença e recuperação da saúde (PEREIRA et al, 2008).

Entende-se que a ESF tem papel fundamental junto aos portadores de transtorno mental. Faz-se necessário colocar os recursos comunitários disponíveis,

tais como serviços de saúde mental, rede básica, agências sociais, instituições civis e associações de familiares de bairro, para uma ampla rede de apoio.

2.7 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU: ABORDAGEM GERAL E UTILIDADE PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A prática em enfermagem, caracterizada pela interação sistemática durante o cuidado, é marcada pelo desenvolvimento de relações interpessoais necessárias à resolução de problemas. São estas características que tornam possível a manutenção da integridade do indivíduo, respeitada sua autonomia e liberdade. Ao desenvolver o relacionamento interpessoal na manutenção da saúde mental, o enfermeiro possibilita e estimula a promoção da relação do paciente com seu corpo, seu círculo social, sua família e suas capacidades atuais (SILVEIRA, 2009; FUREGATO; MORAIS, 2006).

Segundo Espinosa (2002), Peplau foi a primeira enfermeira a desenvolver um princípio teórico e sistemático para definir a capacidade da relação interpessoal, do ponto de vista psicodinâmico, baseada na teoria interpessoal de Harry S. Sullivan. Ela examinou a importância da experiência intrapessoal no comportamento interpessoal, e definiu o processo terapêutico como o veículo através do qual a pessoa é capaz de tornar claras as idéias que possui e reconstruir os sentimentos e pensamentos.

Espinosa (2002) e Peplau (1991) definiram a relação como algo contínuo, que decorre entre o enfermeiro e o paciente, desde o desconhecimento mútuo até a colaboração efetiva na resolução dos problemas.

Diante de várias Teorias de Enfermagem, a de Peplau (1991) se destaca na área de saúde mental, pois trabalha o ser humano como um todo. Esta teoria visa aprender as necessidades dos pacientes e a identificação de suas dificuldades, como forma de ajudar a minimizar o sofrimento, estabelecer a comunicação e o relacionamento terapêutico através do cuidado de enfermagem individualizado (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Com a finalidade de contextualizar o trabalho de Peplau, através das fases da Teoria do Relacionamento Interpessoal em Enfermagem (1991), primeiramente serão destacadas algumas passagens de sua biografia pessoal e profissional.

2.7.1 Breve Biografia da Teorista

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1º de setembro de 1909, em Reading, na Pensilvânia, e faleceu aos 89 anos, após ser considerada a “enfermeira do século” e a “mãe da enfermagem psiquiátrica”, por desenvolver a teoria e prática da Psiquiatria e Saúde Mental (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Sua carreira na Enfermagem teve início em 1931, com seus estudos em um programa de Enfermagem, em Pottstown, Pensilvânia. Graduou-se no Bennington College bacharelando-se em Psicologia, no ano de 1943. Entre os anos de 1943 e 1945, compôs o grupo de enfermeiras do Exército dos Estados Unidos, trabalhando, na maior parte desse tempo, na Escola Militar de Neuropsiquiatria da Inglaterra, onde teve a oportunidade de conhecer os psiquiatras mais importantes do mundo. Obteve seus títulos de Mestre e Doutora no Teachers College da Universidade de Columbia, em que foi instrutora e diretora do programa avançado de Enfermagem Psiquiátrica de 1947 a 1953 – período em que formulou sua teoria. No ano de 1948, concluiu o livro *Interpersonal Relations in Nursing*, o qual só foi publicado quatro anos mais tarde, por ser considerado muito revolucionário, para a época, a publicação, por parte de uma enfermeira, de um livro, sem que houvesse pelo menos um médico como co-autor. Também obteve formação em psicanálise pelo Instituto William Alanson White de Nova York (BELCHER; FISH, 2002).

Na década de 50, ministrou aulas de Enfermagem Psiquiátrica no Teachers College nas quais enfatizava a necessidade da experiência clínica com os portadores de transtornos mentais. Tornou obrigatório, para as enfermeiras, a entrevista com os mesmos, o registro das entrevistas realizadas e o estudo acerca dos padrões de interação. Com base nessas notas e a sua experiência, pode formular as definições de ansiedade, conflito e frustração presentes em sua teoria. De 1954 a 1974, trabalhou como professora da Faculdade de Enfermagem de Rutgers e ali criou o primeiro programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica. Lutou, de forma vigorosa, para que as enfermeiras tivessem maiores oportunidades de formação e, assim, prestassem um verdadeiro cuidado terapêutico aos indivíduos e não apenas fossem guardiãs destes, papel que prevalecia, à época, nos hospitais psiquiátricos (BELCHER; FISH, 2002).

2.7.2 Teoria do Relacionamento Interpessoal

Peplau (1991) observa que muitos enfermeiros têm aprofundado sua compreensão nas relações interpessoais no cuidado de enfermagem a fim de que seu trabalho seja mais eficaz e socialmente útil. Cada relacionamento entre uma enfermeira e seu paciente, ou entre ela e outra pessoa, envolve um processo de aprendizagem. Os cuidados de enfermagem são úteis quando o indivíduo e a enfermeira crescem em consequência da aprendizagem que ocorre na assistência de enfermagem.

Para garantir a qualidade da assistência prestada, o enfermeiro necessita de habilidades e observações durante as intervenções com os pacientes. Estas necessidades determinarão o sucesso ou fracasso no processo terapêutico e no cuidado. Para aplicação desta observação, faz-se importante a realização, pelo enfermeiro, de um levantamento de dados, contando-se, para isso, com um instrumento direcionado, conforme a sua realidade, habilidades e conhecimentos científicos (PEPLAU, 1965).

A teoria pode ser aplicada para explicar o que deve ser observado e para orientar o que deveriam ser as próximas ações do enfermeiro. Uma vez que a linguagem da enfermeira ficou simples, o foco pode alternar para mais ferramentas de interpretação dessas observações, com base para decidir as intervenções terapêuticas.

Para isso, o enfermeiro melhora a qualidade de seu trabalho, priorizando a organização, planejamento, direção, avaliação das ações em seu atendimento e uma abordagem mais humanística com uma pessoa que enfrenta uma experiência de adoecimento (FUREGATO; MORAIS, 2006).

Peplau (1991) ressalta que a interação enfermeiro-pessoa é um método de escolha para lidar com o problema ou para a solução, considerado como uma das maneiras mais importantes no atendimento contínuo da enfermeira de forma individual e em grupos.

A enfermagem, então, pode ser entendida como um processo interpessoal pelo fato de envolver interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Em enfermagem, essa meta comum proporciona o incentivo ao processo terapêutico, no qual profissional de enfermagem e paciente respeitam-se

mutuamente, ambos aprendendo e crescendo como um resultado da interação (BELCHER; FISH, 2002).

A conquista dessa meta, ou de qualquer outra, é obtida através do uso de uma série de passos que seguem determinado padrão. Uma vez que a relação do enfermeiro com o paciente desenvolve-se nesse padrão terapêutico, há uma flexibilidade na maneira como o profissional age, na prática, fazendo julgamentos, utilizando habilidades fundamentadas no conhecimento científico, utilizando habilidades técnicas e assumindo papéis (BELCHER; FISH, 2002).

A teoria contribui para a orientação da interação em duas condições essenciais na saúde e para fundamentar a prática da enfermagem. Trata-se das demandas fisiológicas do organismo humano diante da manipulação das condições materiais em benefício do bem-estar de um indivíduo ou coletivo e as condições interpessoais para satisfazer as necessidades da personalidade individuais e sociais de modo produtivo (PEPLAU, 1993; MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Peplau identifica quatro fases sequenciais nas relações interpessoais, que são: orientação, identificação, exploração e resolução à compreensão do relacionamento enfermeiro-paciente. A segunda e a terceira fase podem ocorrer em um processo contínuo e em conjunto denominado como fase de trabalho (PEPLAU, 1991; PEPLAU, 1993).

Cada fase da teoria caracteriza-se por papéis ou funções desempenhadas pelo enfermeiro ou paciente, no intuito de aprender a resolver as dificuldades, conjuntamente.

A fase de orientação ocorre quando o paciente e/ou família percebem a necessidade de ajuda e procuram a assistência profissional. Desse modo, a partir do primeiro contato, juntos, passam a identificar e compreender os problemas existentes (PEPLAU, 1991). Nesta primeira fase, ocorre o levantamento de dados no processo de enfermagem (BELCHER; FISH, 2002).

A fase de identificação ocorre quando se esclarece a primeira impressão do paciente e este aponta, seletivamente, as pessoas que conseguem satisfazer suas necessidades e ajudam no processo terapêutico satisfatório. Dessa forma, passa a adotar uma das seguintes posturas: ser interdependente com ele, ser autônomo e interdependente do enfermeiro ou ser passivo e dependente do profissional (PEPLAU, 1991). Ao término desta fase, são identificados os diagnósticos de enfermagem (BELCHER; FISH, 2002).

A fase de exploração ocorre após identificar, entre os membros, a compreensão das relações interpessoais que visa explorar todos os serviços de saúde e da comunidade que possam apoiar no processo terapêutico (PEPLAU, 1991, 1965). Neste momento, fica evidente o planejamento com estabelecimento de metas e objetivos e intervenções (BELCHER; FISH, 2002).

Na última etapa do processo interpessoal, fase de resolução, espera-se que as necessidades do paciente e/ou família tenham sido satisfeitas e implica no desfazer a relação de dependência, para uma assistência fortalecida na capacidade para agir por si mesmo, através dos esforços cooperativos do indivíduo, familiares e profissionais de maneira cuidadosa, sendo estes previamente preparados (PEPLAU, 1991, 1993). Esta parte da teoria representa, no processo de enfermagem, a fase de avaliação (BELCHER; FISH, 2002).

Neste contexto, a enfermagem através do relacionamento interpessoal integra, de forma cooperativa, com outros processos humanos que possibilitam a saúde dos indivíduos nas comunidades. De acordo com a teoria, a enfermagem deve ser vista como uma força de amadurecimento e um instrumento educativo que serve para promover o progresso da personalidade do paciente na direção e planejamento da assistência que conduzirão a uma vida mais criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, na qual, tanto a enfermagem, quanto a pessoa, constitui uma experiência de aprendizagem (PEPLAU, 1993; MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Dessa forma, o trabalho educativo do enfermeiro, junto à comunidade, na ESF, pode contribuir para a formação, a promoção, a reabilitação e a autonomia dos usuários. Com esta teoria, o enfermeiro encontra subsídios para embasar o seu trabalho educativo e desempenhar, da melhor maneira, a assistência em saúde mental, junto ao paciente, família e sociedade, mesmo que seja o ambiente hospitalar o contexto predominante na teoria. A enfermeira pode fazer com que os cuidados de saúde sejam conduzidos do hospital para a comunidade que vêm ao encontro da proposta da Reforma Psiquiátrica (PEPLAU, 1993; ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, no município de Uberaba-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos enfermeiros inseridos na Estratégia Saúde da Família, no município de Uberaba-MG.
2. Descrever as ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, no município de Uberaba-MG.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo e transversal.

Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo de natureza descritiva é muito utilizado para que se obtenham informações quanto à prevalência, distribuição e inter-relações de variáveis de uma população, com base nos fatos observados e descritos como ocorrem na natureza, com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Este tipo de estudo consiste na descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis. Utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como a aplicação de questionários e a observação sistemática. Dessa maneira, este estudo possui como vantagens, o conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e a possibilidade de quantificação e análise estatística (GIL, 1999).

Os estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Tais estudos são de grande utilidade para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde, a partir da avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo (ALMEIDA; ROUQUAYROL, 2002).

Este estudo permite que a coleta seja feita em uma única ocasião para cada pessoa e sem período de acompanhamento (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.2 PERÍODO E DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e a coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2009, junto aos enfermeiros inseridos nas Equipes de Saúde da Família do município de Uberaba, Estado de Minas Gerais (MG).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em levantamento realizado em 2007, o município de Uberaba situa-se na microrregião

do Triângulo Mineiro, com uma população estimada de 287.760 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

A ESF foi implantada em Uberaba no ano de 1996 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que foi impulsionada pelo processo de descentralização do setor saúde em curso no país, com o deslocamento do poder decisório setorial para os municípios (SALOMÃO; FELICIANO, 2003).

Em 1997, o município contava, somente, com duas equipes e uma cobertura populacional de (2,77%); em 2000, o programa alcançou um total de 22 equipes e abrangia (30,48%) da população.

Segundo dados obtidos pelo Consolidado de Informações do Departamento da Atenção Básica (BRASIL, 2009b) atualmente, o município conta com 47 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em três distritos sanitários (Distrito Sanitário I com 19 equipes, Distrito Sanitário II com 13, e o Distrito Sanitário III com 15), sendo que estas equipes recebem apoio de seis Unidades Matriciais e duas Unidades Matriciais Conveniadas (UBERABA, 2009).

As Unidades Matriciais realizam atendimentos de especialidades básicas (ginecologia, pediatria, clínica geral e psicologia) e agendamentos de consultas e exames específicos funcionando, ainda, como suporte para as USF (UBERABA, 2009).

A estimativa da população coberta pelas equipes é de 162.150 usuários, o que equivale a uma cobertura populacional de (55,43%) (BRASIL, 2009b). A figura 1 apresenta a divisão do município em distritos sanitários.



Figura 1 - Abrangência dos serviços de saúde por Distritos Sanitários. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Uberaba-MG, 2008.

As equipes de saúde da família do município em questão são compostas por uma enfermeira, um cirurgião dentista, um médico, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e, em média, seis agentes comunitários de saúde.

Essas equipes trabalham em horário integral (40 horas/semanais), dividido em atenção nas USF e nas atividades em campo. É preconizado o acompanhamento e a intervenção nas situações de risco às quais a população está exposta, o que visa resgatar o papel social que cabe à saúde (BRASIL, 2000b).

Os usuários de cada área de abrangência das USF são cadastrados através de prontuários individuais e familiares, nos quais a família é considerada o núcleo central da atenção à saúde. Os usuários e suas condições de moradia, trabalho, alimentação, educação e lazer, entre outros, interagem com uma equipe de profissionais orientados para o diagnóstico situacional, compartilhando responsabilidades no encaminhamento das soluções para cada caso detectado (BRASIL, 2000a).

A rede de atenção à saúde mental do município de Uberaba-MG apresenta-se distribuída em uma rede de assistência terciária composta pelo Sanatório Espírita de Uberaba, fundado em 1933, que disponibiliza 133 leitos conveniados, e com o Hospital de Clínicas da UFTM, com quatro leitos para atendimentos de urgência. Já a assistência secundária é oferecida pelo CAPS Municipal “Dr. Inácio Ferreira”, pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente, pelo Centro de Atenção Psicossocial ao dependente de álcool e drogas e Ambulatório de Saúde Mental, criados pela Secretaria Municipal de Saúde, entre os anos de 1998 a 2002. Em 1991, foi criado o CAPS “Maria Boneca”, conveniado ao SUS em 1994. A Clínica de Psicologia da Universidade de Uberaba também oferece atendimento psicológico e psiquiátrico na assistência secundária. Ações primárias são oferecidas nas 47 equipes de saúde da família (MOLL, 2008; UBERABA, 2009).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por enfermeiros vinculados às ESF do município de Uberaba-MG, satisfazendo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- ✓ Enfermeiros que fazem parte da equipe multiprofissional da ESF do município de Uberaba-MG, com experiência mínima de um ano neste setor.
- ✓ Concordar em participar da pesquisa, estando devidamente informado, assinando o termo de consentimento pós-informação padronizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b) (ANEXO A).

Segundo a literatura pesquisada (BRASIL, 2000c; BRASIL, 2004c; ERMEL; FRACOLLI, 2006; ROCHA; ZEITOUNE, 2007), o profissional da ESF está capacitado técnico-cientificamente e em “afirmação profissional” para se inserir no processo de trabalho da estratégia aquele que tem no mínimo um ano de experiência neste campo do conhecimento.

Critérios de exclusão:

- ✓ Os enfermeiros que não respondessem, efetivamente, o instrumento de coleta de dados.
- ✓ Aqueles com afastamento do serviço por motivo de férias, licença e outros no período de fevereiro a maio de 2009.

Através de informações obtidas junto à Coordenação da ESF, encontrou-se um total de 47 enfermeiros. Deste modo, a população do estudo foi constituída por 45 enfermeiros que responderam ao questionário e dois que foram excluídos do estudo por não atenderem os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas

- ✓ Sexo: foram considerados os indivíduos de ambos os sexos.
- ✓ Data do nascimento: a idade (anos) foi obtida pela diferença entre a data na qual se realizou a entrevista e a data de nascimento dos entrevistados e, depois, classificada de acordo com os resultados do estudo.
- ✓ Cor: foi referida pelos participantes do estudo e classificada de acordo com os resultados.

- ✓ Procedência: foi referida pelos participantes do estudo e classificada de acordo os resultados.
- ✓ Estado conjugal: foi considerada toda união oficial e união não-oficial com um ano ou mais de duração.
- ✓ Número de filhos: foi classificado entre nenhum filho a acima de cinco filhos.
- ✓ Tempo de graduação em enfermagem: foi considerado o tempo em anos, entre a data de formação e a data da entrevista.
- ✓ Tempo de trabalho na ESF: foi considerado o tempo em anos, do início das atividades na ESF, até a data da entrevista.
- ✓ Tempo de atuação na ESF atual: foi considerado o tempo em anos, entre o início das atividades na ESF atual, até a data da entrevista.
- ✓ Nível de aperfeiçoamento: foi classificado de acordo com os anos de aperfeiçoamento em especialização, mestrado e doutorado.
- ✓ Qualificação profissional atual: resposta dicotômica (sim ou não). Se sim, perguntou-se o tipo de curso: de aperfeiçoamento, curso de atualização, graduação, especialização, mestrado ou doutorado.
- ✓ Número de vínculos empregatícios: foram classificados de um a três vínculos.
- ✓ Satisfação no trabalho: foram consideradas as respostas nada, pouco, mais ou menos, muito e completamente.
- ✓ Condição atual de saúde: foi verificado algum problema de saúde na data da coleta de dados e solicitado ao sujeito da pesquisa, em caso de problema, especificar aquele mais relevante para buscar um serviço de saúde, seguindo as recomendações do Whoqol Group no Brasil (Ficha de informações sobre o respondente), no qual é utilizado o CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997) para o levantamento desses problemas.

Variáveis relacionadas às características econômicas

- ✓ Renda mensal na ESF: a renda foi considerada na moeda vigente no país (R\$) e classificada em faixas salariais de acordo com o salário mínimo atual, o que corresponde a R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais), segundo a Lei nº.11.944, de 28 de maio de 2009 (BRASIL, 2009c).
- ✓ Renda mensal bruta: foi considerada a renda mensal bruta, incluindo a renda da ESF com o total de vínculos empregatícios.

Variáveis relacionadas à qualificação e habilidade em saúde mental na ESF

- ✓ Qualificação profissional em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não). Se sim, foi perguntado o tipo de qualificação em curso de atualização, especialização, mestrado ou doutorado.
- ✓ Habilidade em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não). Neste item, foi solicitado ao sujeito da pesquisa a justificativa da resposta.

Variáveis relacionadas às ações dos enfermeiros no primeiro contato

- ✓ Acolhimento: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Orientações: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Encaminhamento: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Escuta: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Exame físico: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Levantamento das necessidades básicas do usuário: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Atenção à comunicação verbal: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Atenção à comunicação não verbal: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhuma ação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas aos fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na ESF no primeiro contato

As variáveis abaixo relacionadas e que foram selecionadas, dizem respeito, tanto ao usuário, quanto ao enfermeiro que exerce influência nas reações do usuário (BELCHER; FISH, 2002).

- ✓ Cultura: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Raça/Etnia: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Escolaridade: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Gênero: resposta dicotômica (sim ou não).

- ✓ Comportamentos/manifestação do usuário: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Experiências anteriores: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nível de conhecimento na área: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Ansiedade: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhum fator: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas ao conceito de saúde mental

- ✓ Foram identificadas as principais categorias temáticas, de acordo com os questionários respondidos pelos enfermeiros.

Variáveis relacionadas às ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF

- ✓ Acolhimento: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Orientação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Genograma Familiar: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Grupos terapêuticos: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Atividades físicas e de lazer: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Apoio familiar: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Dinâmicas de grupo: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Educação em saúde: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhuma ação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas aos transtornos mentais mais comuns na ESF, segundo a população do estudo

Para o levantamento dos transtornos mentais mais comuns na ESF, segundo os entrevistados, foi utilizado o V Capítulo (Transtornos Mentais e Comportamentais) CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

- ✓ Perturbações mentais orgânicas: resposta dicotômica (sim ou não).

- ✓ Perturbações mentais e comportamentais devido ao abuso de substância psicoativa: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Esquizofrenia: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Perturbações do humor: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o estresse e somatoformes: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Perturbações da personalidade e do comportamento adulto: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Perturbações do desenvolvimento psicológico infantil: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Perturbações do comportamento e emocionais, habitualmente na infância e na adolescência: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas às ações contínuas em saúde mental na ESF

- ✓ Orientação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Genograma Familiar: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Encaminhamentos: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Apoio familiar: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Grupos terapêuticos: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Atividades físicas e de lazer: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Dinâmicas de grupo: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Acompanhamento do tratamento medicamentoso: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Visita domiciliar: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhuma ação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas aos fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF

- ✓ Formação profissional inadequada: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Falta de apoio dos familiares: resposta dicotômica (sim ou não).

- ✓ Ausência de programa de capacitação em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Insegurança e medo: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Preconceitos: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Prioridade da ESF com outros programas de atenção à saúde: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Ausência de um protocolo prático para o atendimento em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Dificuldade de comunicação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhuma dificuldade: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas aos recursos e/ou serviços de apoio que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF e sua aplicação na saúde mental

- ✓ Escolas: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Creches: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Igrejas: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Associações de bairro: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Instituições não-governamentais: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Praças: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhum: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Não sabe: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros serviços de saúde (UBS, hospitais, CAPS e outros): resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas às ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF

As variáveis abaixo foram estabelecidas de acordo com o Projeto Terapêutico proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) e apresentado na Teoria de Peplau (1991).

- ✓ Fazer o usuário sentir-se parte integrante da equipe: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Analisar a capacidade que o usuário possui para lidar com seus problemas: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Tentar diminuir as sensações de desesperança do usuário: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Amenizar a ansiedade do usuário: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Articular ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Orientar solução dos problemas: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Encorajar o usuário ao autocuidado: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Nenhuma ação: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

Variáveis relacionadas aos sinais e sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF

- ✓ Modificação da aparência física: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Capacidade do usuário para lidar com seus problemas pessoais: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Equilíbrio emocional do usuário e da família: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Articulação das ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Autocuidado: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Participação do usuário nas atividades de promoção à saúde realizadas pelos serviços de saúde: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Adesão correta do tratamento medicamentoso: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Autoestima do usuário: resposta dicotômica (sim ou não).
- ✓ Outros: foram categorizados conforme o resultado do estudo.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação, pela própria pesquisadora, de um questionário contendo as variáveis sociodemográficas, econômicas, qualificação e habilidade em saúde mental (APÊNDICE A) e de outro questionário contendo as ações do enfermeiro em saúde mental na ESF (APÊNDICE B), no local de trabalho de cada enfermeiro, com agendamento prévio.

Esses dois questionários foram respondidos pela população do estudo por meio da autoadministração.

Polit e Hungler (1995) citam que os respondentes são solicitados a responderem as questões na mesma ordem e recebem o mesmo conjunto de opções para suas respostas. As questões fechadas, também denominadas de questões de alternativa fixa, são aquelas em que as alternativas de resposta são especificadas pelo pesquisador.

Somente participaram do estudo aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados após a definição das variáveis nos apêndices A e B.

Para a elaboração desses instrumentos, utilizou-se revisão da literatura (PEPLAU, 1991; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2007) e a experiência profissional da pesquisadora e orientadora.

O Apêndice A contém 18 questões estruturadas, sendo 14 relacionadas às variáveis sociodemográficas, duas referentes às variáveis econômicas e duas referentes à qualificação e habilidade em saúde mental.

O questionário visa identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes do estudo. Para a elaboração deste questionário, foi utilizado um instrumento adicional construído pelo Whoqol Group no Brasil (2008) (Ficha de informações sobre o respondente) e acrescido de questões pelos pesquisadores, denominado de Questionário de Identificação (APÊNDICE A).

O Apêndice B, denominado de Questionário - Ações do Enfermeiro em Saúde Mental na ESF contém nove questões fechadas com 10 alternativas cada e uma questão aberta. O número de alternativas a serem escolhidas em cada questão foi livre.

Esse questionário foi construído pelos pesquisadores, fundamentado nas fases do Relacionamento Interpessoal em Enfermagem proposto por Peplau (1991).

A teoria de Peplau (1991) está centrada em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução à compreensão do relacionamento enfermeiro-paciente. Essas fases foram apresentadas no item 2.7.2, p. 59-61, Revisão da Literatura.

4.7 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO-PILOTO

Os instrumentos de coleta de dados foram apresentados a três profissionais especialistas na área da saúde mental e epidemiologia para opinarem quanto à aparência, compreensão e conteúdo. Após a apreciação, as sugestões foram aceitas e os questionários foram reestruturados e aplicados a 13 enfermeiros que atuam na ESF do município de Uberlândia-MG, pela própria pesquisadora, com a finalidade de verificar a compreensão e clareza das questões.

De início, entregavam-se, ao participante, os instrumentos de coleta de dados, sendo, então, realizados esclarecimentos quanto à pesquisa e ao sigilo das informações. Somente após a leitura e assinatura do termo, pelo enfermeiro, é que foram aplicados os questionários.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários foram digitados em um banco de dados no Programa Excel, utilizando-se a técnica da dupla verificação, com a finalidade de minimizar os possíveis erros. Após a digitação, foram transportados e processados no Programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 12.0 for Windows para análise.

As variáveis qualitativas foram categorizadas e codificadas, apresentadas em tabelas de frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, valor mínimo e máximo).

Para a questão aberta referente ao conceito de saúde mental, as respostas dos enfermeiros estudados foram lidas, agrupadas em áreas temáticas e digitadas, também, no programa Excel. Foi feita a análise descritiva por frequências absolutas e relativas, seguindo o referencial teórico proposto por (PEPLAU, 1991; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; BRASIL, 2007).

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/Coordenação da ESF, solicitando o consentimento para a condução do estudo. O mesmo foi autorizado pelo Secretário de Saúde (APÊNDICE C).

Posteriormente, foi submetido e aprovado pelo CEP da UFTM (Protocolo nº 1242/08) (ANEXO B), atendendo à Resolução nº.196/96.

Após a autorização do CEP, a enfermeira da equipe de saúde da família foi contatada, e foi agendada uma data de acordo com a disponibilidade de cada profissional, para a apresentação dos objetivos da pesquisa, solicitando a participação do sujeito na pesquisa.

Depois de esclarecido sobre a sua livre participação e garantia de sigilo e anonimato, foi solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respondesse as perguntas dos instrumentos apresentados.

O pesquisador manteve-se presente durante todo o tempo de preenchimento do questionário pelo pesquisado e, em caso de dúvida em relação a alguma questão, foi lido pelo enfermeiro, juntamente com o pesquisado, não influenciando em suas respostas. Ao término do questionário, verificou-se se o enfermeiro não havia deixado nenhuma questão em branco.

Todos os participantes do estudo, inclusive os do estudo-piloto, leram e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo uma via ficado em sua posse e outra, em posse do pesquisador responsável por este trabalho.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com a sequência dos objetivos propostos neste estudo.

Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes ao perfil sociodemográfico e econômico em relação aos enfermeiros das equipes de saúde da família, no município de Uberaba-MG.

A seguir, serão descritas as ações em saúde mental realizadas pelos enfermeiros na ESF.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG

O enfermeiro que atua na ESF tem um papel de destaque na equipe, já que o seu perfil profissional pode ser considerado como um fator determinante no cuidado prestado aos usuários (SALMERON; FUCÍTALO, 2008).

Neste contexto, as características sociodemográficas e econômicas investigadas neste estudo, em relação ao perfil dos enfermeiros, foram: sexo, idade, cor/raça, procedência, estado conjugal, número de filhos, tempo de formação, tempo de experiência na ESF, tempo de atuação na ESF atual; nível de aperfeiçoamento, qualificação profissional atual, número de vínculos profissionais, satisfação no trabalho, renda ESF, renda total e condição atual de saúde.

Além disso, foram investigadas as características relacionadas à saúde mental, quanto à qualificação e à habilidade para desenvolver ações em saúde mental na ESF.

5.1.1 Características sociodemográficas

Dentre os 45 enfermeiros estudados, 42 (93%) eram do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de 31 anos (DP: 7 anos), e a idade mediana foi de 29 anos (mínima de 24 e máxima de 57 anos). Foi observado que o grupo de 20 a 29 anos foi mais frequente (62%) visualizado na tabela 1.

Predominaram os indivíduos que se declararam de cor/raça branca (68,9%), solteiros (57,8%); por outro lado, obteve-se um número considerável de casados (26,7%). Observou-se que (73,3%) não possuem filhos (Tabela 1).

Em relação à procedência (93,0%) residem no município de Uberaba-MG e (7,0%) se encontram residindo em outra cidade do interior de Minas Gerais e outro Estado vizinho, São Paulo. Esse resultado demonstra que a maioria dos sujeitos da pesquisa tem conhecimentos gerais sobre a cidade de Uberaba.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis sociodemográficas, 2009.

Variáveis sociodemográficas (N=45)	N	%
Sexo		
Masculino	3	7,0
Feminino	42	93,0
Cor/Raça		
Branca	31	69,0
Negra	9	20,0
Parda	4	9,0
Amarela	1	2,0
Idade (anos)		
20 a 29	28	62,0
30 a 39	10	23,0
40 a 49	6	13,0
> 50	1	2,0
Estado Conjugal		
Solteiro (a)	26	57,8
Casado (a)	12	26,7
Vivendo em união	3	6,7
Divorciado (a)	1	2,2
Separado (a)	3	6,7
Número de filhos		
Nenhum	33	73,3
Um a dois	11	24,4
Três a quatro	1	2,2
Procedência		
Barretos	1	2,2
Carmo Paranaíba	1	2,2
Igarapava	1	2,2
Uberaba	42	93,3

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos enfermeiros inseridos na ESF, do município de Uberaba-MG, segundo os aspectos profissionais e de saúde.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo os aspectos profissionais e de saúde, 2009.

Variáveis profissionais e de saúde (N=45)	N	%
Número de vínculos		
1	25	55,6
2	17	37,8
3	3	6,7
Tempo de Enfermagem (anos)		
1 a 5	34	73,9
6 a 10	8	17,4
11 a 15	2	4,3
> 20	1	2,2
Tempo de experiência na ESF (anos)		
1 a 3	28	60,9
4 a 6	9	19,6
7 a 9	7	15,2
10 a 12	1	2,2
Tempo de atuação na ESF atual (anos)		
< 1	1	2,2
1 a 3	32	69,6
4 a 6	8	17,4
7 a 9	4	8,7
Nível de aperfeiçoamento (N=45)		
Graduação	10	22,2
Especialização	35	77,8
Qualificação atual		
Sim	29	64,4
Não	16	35,6
Tipo de qualificação atual (N=29)		
Curso de Atualização	1	3,4
Especialização	28	96,6
Satisfação no trabalho		
Pouco	2	4,4
Mais ou menos	13	28,9
Muito	25	55,6
Completamente	5	11,1
Condições de saúde		
Nenhum problema	34	75,6
Pressão alta	1	2,2
Enfisema ou bronquite	1	2,2
Problema nervoso crônico ou emocional	3	6,7
Gravidez	1	2,2
Doença de pele	2	4,4
Outros	3	6,7

Quanto ao número de vínculos empregatícios, (55,6%) dos enfermeiros possuíam um e (37,8%) possuíam dois vínculos distintos e (6,7%) três vínculos visualizado na tabela 2.

Ao analisar a variável que expressa o tempo de conclusão da graduação em enfermagem entre os pesquisados, (73,9%) concluíram a graduação nos últimos 5 anos (Tabela 2), o que demonstra uma média de 4,5 anos (DP: 4,3 anos; mediana: 3,0 anos; mínimo de 1 ano e máximo de 26 anos) (Tabela 3).

Com relação ao tempo de experiência na ESF, verifica-se uma concentração nas faixas de 1 a 3 anos, (60,9%), média de 3,7 anos, DP: 2,6 anos, mediana: 3,0 anos, mínimo de 1 ano e máximo de 11 anos (Tabelas 2 e 3).

Para a variável referente ao tempo de atuação na ESF atual, a concentração estava nas faixas de 1 a 3 anos, (69,6%) entre os sujeitos da pesquisa (Tabela 2). A média foi de 3,0 anos, DP: 2,1 anos, mediana: 2,0 anos, mínimo de 0,5 ano e máximo de 9,0 anos (Tabela 3).

Predominaram os indivíduos que se declararam especialistas (77,8%), faziam curso de atualização no momento da coleta de dados (64,4%), em sua maioria, (62,2%) destacou-se o curso de especialização. Quando questionados em relação à satisfação com o trabalho na ESF, (55,6%) dos enfermeiros estavam muito satisfeitos (Tabela 2).

Dentre os enfermeiros estudados, (75,6%) negaram qualquer problema de saúde na ocasião da aplicação dos questionários visualizado na tabela 2.

A tabela 3 apresenta os resultados descritivos obtidos quanto à idade, tempo de graduação na enfermagem, tempo de trabalho na ESF e tempo de trabalho na mesma equipe de saúde da família.

Tabela 3 – Distribuição das medidas centrais e de amplitude das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros que atuam na ESF. Uberaba-MG, 2009.

Variáveis sociodemográficas (N=45)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Idade (anos)	31,3	7,2	24,0	57,0	29,0
Tempo de enfermagem (anos)	4,5	4,3	1,0	26,0	3,0
Tempo de experiência na ESF (anos)	3,7	2,6	1,0	11,0	3,0
Tempo de atuação na ESF (anos)	3,0	2,1	0,5	9,0	2,0

5.1.2 Características econômicas

Em relação à renda mensal dos sujeitos da pesquisa, a maioria 36 (78,3%) recebia entre R\$ 1.660,00 (um mil e seiscentos e sessenta e seis reais) e R\$ 3.315,00 (três mil e trezentos e quinze reais) no momento da aplicação dos questionários, o que corresponde, atualmente entre quatro e sete salários mínimos. Observa-se, entre os dados, que há uma diversidade na informação da renda salarial entre os enfermeiros, visto que 4 (8,7%) recebiam acima de R\$ 3.316,00 (três mil e trezentos e dezesseis reais) (> de sete salários mínimos) e 1 (2,2%), de R\$ 830,00 (oitocentos reais) a R\$1.244,00 (um mil e duzentos e quarenta e quatro reais), o que corresponde entre dois a três salários mínimos, respectivamente (Tabela 4).

Quanto ao valor bruto recebido de todos os vínculos acumulados, (65,2%) responderam receber entre R\$ 1.660,00 a R\$ 3.315,00 (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis econômicas, 2009.

Variáveis econômicas (N=45)	N	%
Renda ESF (R\$)		
830,00 a 1.244,00	1	2,2
1.245,00 a 1.659,00	4	8,7
1.660,00 a 3.315,00	36	78,3
>3.316,00	4	8,7
Renda total (R\$)		
1.245,00 a 1.659,00	3	6,5
1.660,00 a 3.315,00	30	65,2
>3.316,00	12	26,1

5.1.3 Qualificação e habilidade em saúde mental na ESF

Com relação à qualificação dos participantes deste estudo para a saúde mental na ESF, (60%) afirmaram não possuir formação específica em saúde mental, e (40%) asseguraram possuir qualificação na área. Quando questionado o tipo de qualificação, os 18 que responderam este item, realizaram cursos de atualização e

não há nenhum com o título de especialista, ou cursando especialização em saúde mental que pode ser melhor visualizado na tabela 5.

Outro aspecto que pode interferir nas ações dos enfermeiros em saúde mental na ESF, diz respeito às suas habilidades de atuação nesta área. Verifica-se que, entre os pesquisados, (68,9%) sentem-se despreparados para lidar com a saúde mental na ESF e que (31,1%) declararam-se preparados (Tabela 5).

Os pesquisados, ao serem questionados sobre o motivo pelo qual se sentem despreparados, (56,1%) responderam que a falta de preparo adequado em saúde mental se deve à inexperiência, à falta de conhecimento na área, formação específica, insegurança, dificuldade na abordagem e orientação ao portador de transtorno mental; (19,6%) considera que faltam cursos de capacitação, atualização periódica com ações direcionadas na saúde mental; (12,2%), falta de profissionais de apoio (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional); (4,9%), falta de suporte na ESF para encaminhar os usuários aos serviços especializados; (2,4%), ausência de protocolos de atendimento em saúde mental na ESF; (2,4%), formação inadequada desde a graduação em enfermagem e (2,4%), o pouco tempo na ESF.

Entre aqueles que responderam ter habilidades para atuar em saúde mental na ESF, (50%) consideram importante o seu preparo através do conhecimento, experiência, capacitação e qualificação na área; (25%), o contato direto com o usuário de saúde mental, através de ações como orientação, acolhimento, visita domiciliar, medicação e grupos de apoio; (16,7%), o tempo de trabalho na ESF e (8,3%) responderam que o apoio psicológico pode contribuir para o preparo em saúde mental na ESF.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo variáveis, qualificação e habilidade em saúde mental, 2009.

Variáveis qualificação e habilidade em saúde mental	N	%
Qualificação em saúde mental (N=45)		
Sim	18	40,0
Não	27	60,0
Tipo de qualificação em saúde mental (N=18)		
Curso de atualização	18	100,0
Preparo em saúde mental (N=45)		
Sim	14	31,1
Não	31	68,9

5.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF

As ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental na ESF foram divididas em quatro fases distintas: ações no primeiro contato; ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental; ações contínuas em saúde mental e ações para a solução de problemas em saúde mental na ESF.

5.2.1 Ações no primeiro contato

Entre as ações realizadas pelos enfermeiros na ESF para estabelecer uma boa relação enfermeiro-usuário, no primeiro contato, a mais mencionada foi o acolhimento, 45 (100%), seguida de escuta, 38 (84,4%); orientações, 28 (62,2%); levantamento das necessidades básicas do usuário, 27 (60%) e atenção à comunicação verbal, 27 (60%), conforme se verifica na tabela 6.

Vale destacar, entre os resultados, que 31 (68,9%) dos pesquisados não responderam que o encaminhamento é uma ação realizada no primeiro contato, bem como 29 (64,4%) não estão atentos à comunicação não verbal, o que corresponde à ocorrência do predomínio da linguagem verbal sobre a linguagem não verbal, entre os participantes como se pode observar na tabela a seguir.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros na ESF de Uberaba-MG, segundo as ações realizadas no primeiro contato com o usuário, 2009.

Ações no primeiro contato (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Acolhimento	0 (0)	45 (100,0)
Orientação	17 (37,8)	28 (62,2)
Encaminhamento	31 (68,9)	14 (31,1)
Ouvir	7 (15,6)	38 (84,4)
Exame físico	33 (73,3)	12 (26,7)
Necessidades básicas	18 (40,0)	27 (60,0)
Comunicação verbal	18 (40,0)	27 (60,0)
Comunicação não verbal	29 (64,4)	16 (35,6)

5.2.1.1 Fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na ESF no primeiro contato

Sobre os fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário no primeiro contato, entre os sujeitos da pesquisa, foram destacados: os comportamentos dos usuários, 39 (86,7%); o nível de conhecimento na área, 29 (64,4%); experiências anteriores, 28 (62,2%); cultura, 27 (60%) e a ansiedade 20 (44,4%) como se pode observar na tabela a seguir.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros, segundo os fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário no primeiro contato. Uberaba-MG, 2009.

Fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Cultura	18 (40,0)	27 (60,0)
Etnia	44 (97,8)	1 (2,2)
Escolaridade	28 (62,2)	17 (37,8)
Faixa Etária	31 (68,9)	14 (31,1)
Gênero	40 (88,9)	5 (11,1)
Comportamentos	6 (13,3)	39 (86,7)
Experiências anteriores	17 (37,8)	28 (62,2)
Nível de conhecimento	16 (35,6)	29 (64,4)
Ansiedade	25 (55,6)	20 (44,4)

5.2.2 Conceito de saúde mental segundo a população do estudo

Na evolução da pesquisa, emergiu a necessidade de se conhecer o conceito de saúde mental para os enfermeiros pesquisados. As respostas sobre esta variável descritas na tabela a seguir foram agrupadas em áreas temáticas: 29 (46,1%) relacionaram a saúde mental com o bem-estar biopsicossocial e o equilíbrio emocional; 14 (22,2%), a relação da saúde mental com o convívio social e familiar e 10 (15,9%), a relação da saúde mental com a doença mental.

Verifica-se que estes resultados vêm ao encontro do conceito atual definido pela (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005), bem como da proposta do movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 70, reforçando os conceitos de saúde mental citados por Peplau (1993) na sua produção científica sobre o assunto.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das categorias sobre o conceito de saúde mental, de acordo com os enfermeiros na ESF. Uberaba-MG, 2009.

Categorias: Conceito de saúde mental	N	(%)
Bem estar biopsicossocial e equilíbrio emocional	29	46,1
Convívio social e familiar	14	22,2
Relação com doença mental	10	15,9
Total	53	100

5.2.3 Ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF

Dentre as ações realizadas pelos pesquisados, para a promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF, destacam-se o acolhimento, 38 (84,4%), seguido de orientações, 35 (77,8%); educação em saúde, 31 (68,9%); apoio familiar, 27 (60%) e atividade física, 24 (53,3%). Estes dados podem ser vistos na tabela a seguir.

Observa-se que as ações voltadas para o genograma familiar e grupos terapêuticos não foram ressaltadas pelos enfermeiros na promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF. Dentre eles, 5 (11,1%) realizam o genograma familiar e 6 (13,3%) referiram grupos terapêuticos. Nota-se que 2 (4,4%) ainda não realizam nenhuma atividade, conforme prioriza o SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros, segundo as ações de promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF. Uberaba-MG, 2009.

Ações de promoção e prevenção em saúde mental na ESF (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Acolhimento	7 (15,6)	38 (84,4)
Orientação	10 (22,2)	35 (77,8)
Genograma familiar	40 (88,9)	5 (11,1)
Grupos terapêuticos	39 (86,7)	6 (13,3)
Atividade física	21 (46,7)	24 (53,3)
Apoio familiar	18 (40,0)	27 (60,0)
Dinâmica de grupo	31 (68,9)	14 (31,1)
Educação em saúde	14 (31,1)	31 (68,9)
Nenhuma atividade	43 (95,6)	2 (4,4)
Outros	43 (95,6)	2 (4,4)

5.2.4 Transtornos mentais mais comuns na ESF, segundo a população do estudo

Entre os transtornos mentais que mais comumente ocorrem na área de atuação dos enfermeiros na ESF, em Uberaba-MG, destacam-se a dependência química, 40 (88,9%) e as perturbações do humor, 29 (64,4%) visualizados na tabela a seguir.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos transtornos mentais, segundo os enfermeiros da ESF. Uberaba-MG, 2009.

Transtornos Mentais (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Orgânicos	29 (64,4)	16 (35,6)
Dependência química	5 (11,1)	40 (88,9)
Psicoses	27 (60,0)	18 (40,0)
Perturbações do Humor	16 (35,6)	29 (64,4)
Neuroses	33 (73,3)	12 (26,7)
Perturbações da personalidade	39 (86,7)	6 (13,3)
Perturbações psicológicas na infância	40 (88,9)	5 (11,1)
Perturbações do comportamento na infância	36 (80,0)	9 (20,0)

5.2.5 Ações contínuas em saúde mental na ESF

A Tabela 11 mostra a distribuição das ações em saúde mental que são realizadas pelos enfermeiros junto aos portadores de transtornos mentais na ESF.

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual das ações em saúde mental realizadas pelos enfermeiros junto aos portadores de transtorno mental na ESF. Uberaba-MG, 2009.

Ações dos enfermeiros em saúde mental na ESF (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Orientação	10 (22,2)	35 (77,8)
Genograma familiar	40 (88,9)	5 (11,1)
Encaminhamentos	15 (33,3)	30 (66,7)
Apoio familiar	14 (31,1)	31 (68,9)
Grupos terapêuticos	41 (91,1)	4 (8,9)
Atividade física	28 (62,2)	17 (37,8)
Dinâmica de grupo	32 (71,1)	13 (28,9)
Acompanhamento medicamentoso	21 (46,7)	24 (53,3)
Visita domiciliar	9 (20,0)	36 (80,0)
Nenhuma	44 (97,8)	1 (2,2)

Em relação às ações em saúde mental desenvolvidas pelos pesquisados continuamente na ESF, a visita domiciliar foi a atividade mais mencionada pelos enfermeiros, 36 (80%), seguida do acolhimento, 35 (77,8%); apoio familiar, 31 (68,9%); encaminhamentos, 30 (66,7%) e acompanhamento medicamentoso, 24 (53,3%) (Tabela 11).

Cabe ressaltar que, nesta etapa, poucos enfermeiros realizam grupos terapêuticos, 4 (8,9%), como uma das ações em saúde mental na ESF.

5.2.6 Fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF

A distribuição das dificuldades apresentadas pelos enfermeiros estudados para realizar as ações em saúde mental junto aos portadores de transtornos mentais na ESF pode ser melhor visualizada na tabela a seguir.

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual das dificuldades dos enfermeiros para realizar ações em saúde mental na ESF de Uberaba-MG, 2009.

Dificuldades dos enfermeiros nas ações em saúde mental na ESF (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Formação inadequada	21 (46,7)	24 (53,3)
Falta de apoio familiar	25 (55,6)	20 (44,4)
Ausência de capacitação	19 (42,2)	26 (57,8)
Insegurança/medo	28 (62,2)	17 (37,8)
Preconceito	36 (80,0)	9 (20,0)
Prioridade ESF com outros programas	22 (48,9)	23 (51,1)
Falta de protocolo para enfermeiro na saúde mental	11 (24,4)	34 (75,6)
Dificuldade de comunicação	37 (82,2)	8 (17,8)

Dentre os fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF, o mais mencionado, pela população do estudo, foi a ausência de protocolo para enfermeiro na saúde mental, 34 (75,6%), seguido de ausência de capacitação, 26 (57,8%); formação inadequada, 24 (53,3%) e 23 (51,1%), falta de prioridade da ESF sobre outros programas de atenção à saúde (Tabela 12).

5.2.7 Recursos e/ou serviços de apoio de que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF e sua aplicação na saúde mental

Na tabela abaixo pode ser observado os recursos e/ou serviços que os enfermeiros juntamente com sua equipe dispõem para desenvolver ações direcionadas à saúde mental na ESF em Uberaba-MG.

Tabela 13 - Distribuição numérica e percentual dos recursos e/ou serviços de apoio que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF para desenvolver ações em saúde mental. Uberaba-MG, 2009.

Recursos e/ou serviços de apoio na ESF (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Escolas	16 (35,6)	29 (64,4)
Creches	25 (55,6)	20 (44,4)
Igrejas	20 (44,4)	25 (55,6)
Associações de bairro	26 (57,8)	19 (42,2)
Instituições não governamentais	40 (88,9)	5 (11,1)
Praças	20 (44,4)	25 (55,6)
Nenhum	44 (97,8)	1 (2,2)
Outros serviços de saúde	28 (62,2)	17 (37,8)

Em relação aos recursos e/ou serviços que possam servir de apoio à ESF para desenvolver ações de saúde mental na comunidade, os mais respondidos pelos sujeitos da pesquisa foram as escolas, 29 (64,4%), seguido das praças, 25 (55,6%) e igrejas, 23 (33,6%) apresentados na tabela 13.

5.2.8 Ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF

Em relação às ações que os enfermeiros e equipe buscam para soluções dos problemas em saúde mental na ESF, as mais ressaltadas pela população do estudo foram: encorajar o usuário ao autocuidado, 37 (82,2%); orientar quanto às soluções dos problemas, 29 (64,4%); diminuir as sensações de desesperança, 26 (57,8%); analisar a capacidade para lidar com os problemas, 24 (53,3%), e articular ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental, 23 (51,1%) visualizados na tabela a seguir.

Tabela 14 - Distribuição numérica e percentual das ações que os enfermeiros e/ou equipe buscam para soluções dos problemas em saúde mental na ESF de Uberaba-MG, 2009.

Ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Fazer o usuário sentir parte integrante da equipe	30 (66,7)	15 (33,3)
Analisar a capacidade para lidar com os problemas	21 (46,7)	24 (53,3)
Diminuir a desesperança do usuário	19 (42,2)	26 (57,8)
Amenizar ansiedade do usuário	25 (55,6)	20 (44,4)
Articular ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental	22 (48,9)	23 (51,1)
Orientar solução dos problemas	16 (35,6)	29 (64,4)
Encorajar o autocuidado	8 (17,8)	37 (82,2)
Nenhuma	44 (97,8)	1 (2,2)

5.2.9 Sinais e/ou sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF

Dentre os sinais e sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de que o usuário adquiriu autonomia do serviço, os mais respondidos conforme observado na tabela a seguir foram: 37 (82,2%), autocuidado; 34 (75,6%), equilíbrio emocional usuário e família; 34 (75,6%), autoestima; 33 (73,3%), lidar com seus problemas pessoais e 30 (66,7%), adesão correta à medicação.

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos sinais e sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF. Uberaba-MG, 2009.

Sinais e sintomas de autonomia do usuário (N=45)	NÃO N (%)	SIM N (%)
Modificação da aparência física	24 (53,3)	21 (46,7)
Lidar com seus problemas pessoais	12 (26,7)	33 (73,3)
Equilíbrio emocional usuário e família	11 (24,4)	34 (75,6)
Articulação das ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental	27 (60,0)	18 (40,0)
Autocuidado	8 (17,8)	37 (82,2)
Participação nas atividades de promoção à saúde	24 (53,3)	21 (46,7)
Adesão correta da medicação	15 (33,3)	30 (66,7)
Autoestima	11 (24,4)	34 (75,6)
Nenhuma	44 (97,8)	1 (2,2)

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As ações de saúde mental na atenção básica à saúde, principalmente na ESF têm-se revelado como uma necessidade na atenção à saúde coletiva, na busca de solução dos problemas de transtorno mental da comunidade.

Em relação ao cuidado em saúde mental, no contexto da ESF, destaca-se o papel do enfermeiro, enquanto profissional com amplas possibilidades de acesso aos usuários, o que caracteriza a importância de analisar as ações desses profissionais e discutir os resultados à luz dos modelos teóricos explicativos. Esse fato propicia uma assistência mais humanizada, a interação terapêutica, a promoção e educação em saúde e em saúde mental.

Ximenes *et al.* (2007) citam que os enfermeiros têm uma função peculiar para prestar o atendimento à comunidade e desempenhar as ações de promoção, educação em saúde, manutenção, prevenção e reabilitação, o que tem proporcionado aos enfermeiros, grande autonomia no exercício da atenção básica à saúde e resultado em significativa ascensão social e política da profissão.

Embora a aquisição de conhecimentos, habilidades e atuações dos enfermeiros em saúde mental na ESF sejam necessárias, ainda permeia o desafio em relação à motivação, aperfeiçoamento e capacitação por parte dos profissionais nessa área.

Desse modo, este estudo visa, nesta etapa do trabalho, discutir aspectos tais como as ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental na ESF, e as dificuldades encontradas para o desenvolvimento deste trabalho, no município de Uberaba-MG.

Os resultados serão discutidos a seguir, relacionados aos tópicos apresentados no item 5, correspondente à apresentação dos resultados da pesquisa.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG

6.1.1 Características sociodemográficas

A prevalência do sexo feminino tem sido maior em outros estudos desenvolvidos com os enfermeiros que atuam na ESF, fortalecendo a justificativa de que a enfermagem, ainda nos dias atuais, permanece como profissão essencialmente feminina, haja vista que o percentual de homens que buscam essa opção profissional é reduzido (BRASIL, 2000c; CAMELO; ANGERAMI, 2004; XIMENES et al., 2007; ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Os enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Uberaba-MG apresentaram em média de idade 31 anos, a maioria concentra-se na faixa etária entre 20 e 29 anos. Estes dados corroboram a tendência do que foi relatado na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde quanto ao “Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil” (BRASIL, 2000c) e também de outros estudos realizados por (CAMELO; ANGERAMI, 2004; ERMEL; FRANCOLLI, 2006; XIMENES et al., 2007; ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

A informação acerca do estado conjugal observou-se um predomínio no número de enfermeiros solteiros (58,0%) e sem filhos (73,3%). Por outro lado, obteve-se um número considerável de casados, (27,0%). Estes dados divergem do estudo realizado por Silveira (2004) no qual houve predomínio de casados. Estas características do perfil podem estar relacionadas ao fato da população estudada ser predominantemente jovem.

Os percentuais encontrados neste estudo e na literatura em relação ao tempo de graduação em enfermagem foram expressivos o número de enfermeiros que concluíram a graduação nos últimos cinco anos, (73,9%). Os resultados demonstram que o perfil etário dos enfermeiros que atuam na ESF é jovem e na sua maioria, de recém-formados (BRASIL, 2000c; ERMEL; FRACOLLI, 2006; SALMERON; FUCÍTELO, 2008).

Ressalta-se que os profissionais recém-formados no mercado de trabalho podem apresentar fragilidades em relação às experiências, porém podem contribuir para a atuação de profissionais motivados, criativos e inovadores (SALMERON; FUCÍTELO, 2008). Além disso, enfermeiros graduados, recentemente, têm mantido contato com currículos mais generalistas e com ênfase na promoção, prevenção e nas ações básicas de saúde, especialmente para discussões e atuações em campo de estágio da ESF (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Quanto ao tempo de experiência em ESF e ao tempo de atuação na ESF atual, verificou-se uma concentração nas faixas de 1 a 3 anos, entre os participantes. Esses dados vêm comprovar que os enfermeiros atuam há pouco tempo na ESF, conforme citam outros estudos (BRASIL, 2000c; ERMEL; FRACOLLI, 2006; ROCHA; ZEITOUNE, 2007; SALMERON; FUCÍTALO, 2008).

Sobre a análise efetuada pelos estudos acima pesquisados e que são úteis para explicar a curta permanência dos enfermeiros na ESF e a rotatividade dos profissionais, observa-se que este fenômeno pode ser causado por diversos fatores, dentre eles: o fato de ser recente a implantação da ESF nos municípios; a significativa expansão da estratégia a partir do ano de 1997, quando foram admitidos vários funcionários para comporem as equipes; a falta de preparo dos trabalhadores para identificar e atuar de acordo com as necessidades da população; o baixo investimento em programas de educação continuada e permanente; a baixa remuneração; o apoio insuficiente dos gestores no enfrentamento dos problemas e as modalidades de contratação sugeridas pelo Ministério da Saúde para as equipes da ESF.

Dentre essas modalidades de contratação, destacam-se os convênios com Organizações Não-Governamentais (ONGs e Cooperativas); contrato com empresas por meio de licitação; contrato temporário, renovável por até quatro anos; cargo efetivo, mediante concurso público; cargo em comissão, através de vínculo temporário com a administração pública (BRASIL, 2000c).

O relatório desenvolvido em 2001-2002, pelo Ministério da Saúde, visava avaliar as condições de trabalho na ESF “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família”, verificou-se, em relação aos contratos de trabalho dos enfermeiros, que a maioria era do tipo de prestação de serviços ou contrato temporário, com exceção das regiões do Sul, onde os mesmos são contratados pelo Estatuto do Servidor Público. Em suma, observa-se, no Brasil, que (61,17%) dos enfermeiros na ESF não possuem garantias jurídicas de direitos trabalhistas (BRASIL, 2004c).

O trabalho do enfermeiro na ESF reforça a conquista de uma identidade e seu reconhecimento na sociedade, no sentido da autonomia da prática, até então, pouco disponível para a categoria. O estabelecimento do vínculo com a comunidade constrói um processo de trabalho consistente e resolutivo desafiante e interessante, mas, pode ser árduo devido à demanda pelo envolvimento físico, mental e social. Esses fatores levam muitos profissionais a buscarem novas oportunidades de

trabalho mais sustentáveis (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Em relação ao nível de aperfeiçoamento dos enfermeiros, observou-se que o percentual de enfermeiros que possuíam especialização (77,8%) ou faziam curso de atualização (64,4%) no momento da aplicação dos questionários, confirmaram os dados encontrados por (XIMENES et al., 2007; ROCHA; ZEITOUNE, 2007; BARBOSA; AGUIAR, 2008). Estes dados revelam um comprometimento com a busca constante de qualificação profissional. Entretanto, neste nível de formação não há, entre os enfermeiros da ESF, nenhum atuando na estratégia com o título de mestre e doutor.

O número de profissionais especialistas na ESF parece estar relacionado às exigências atuais do mercado de trabalho, no qual os cursos de especialização têm sido requisitados e torna-se um fator decisivo para a contratação efetiva (SALMERON; FUCÍTELO, 2008).

Sobre o número de vínculos trabalhistas, a maioria dos pesquisados apontou o vínculo trabalhista apenas com a ESF. No entanto, vale destacar, neste estudo, um número considerável de enfermeiros que apresentaram mais de um vínculo empregatício (44,5%). Estes dados comprovam os estudos realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c) e por Rocha e Zeitoune (2007).

Estes estudos mostram que ocorre entre os profissionais que atuam na ESF, um desgaste profissional devido ao número de vínculos. As principais causas apontadas para este desgaste profissional foram: o excesso de trabalho (muitas das vezes, pelo número excessivo de famílias por que são responsáveis); a falta de recursos humanos, materiais e medicamentos; a dificuldade do acesso na área; a falha no sistema de referência e contra-referência e a remuneração incompatível com sua formação e competência (BRASIL, 2000c; ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Esses resultados confirmam, mediante outros estudos sobre a saúde psíquica e as condições de trabalho dos enfermeiros, que há uma sobrecarga de trabalho, em consequência, em grande parte, da carga horária semanal extensa (PEDUZZI, 2001; OLIVEIRA; CHAVES MAIA, 2008). Ressaltam a necessidade de os profissionais trabalharem em outros locais para complementar a renda através dos plantões (OLIVEIRA; CHAVEZ MAIA, 2008).

Com relação à variável satisfação no trabalho, verificou que a maioria dos pesquisados está satisfeita com seu trabalho na ESF (55,6%), porém, vale ressaltar que alguns dos profissionais referiram mais ou menos (28,9%) satisfeitos. Esse dado

ratifica o estudo realizado por Silveira (2004) no qual destaca a importância da satisfação dos enfermeiros em relação direta do trabalho com a comunidade. Essa relação torna a assistência à saúde mais humanizada, assim como o trabalho em equipe. De modo geral, a ESF se destaca por ser uma boa estratégia de trabalho, essencial para a população na prevenção à doença e promoção à saúde.

Ainda segundo esse autor, o que pode gerar insatisfação no trabalho dos enfermeiros são as cobranças da produção; a ineficácia do sistema de referência para encaminhar os usuários; o excesso de demanda a ser assistida; reclamações em relação ao número de visitas domiciliares; pouco recurso para projetos; a burocracia existente em algumas atividades e a intolerância por parte das pessoas em esperar pelo atendimento (SILVEIRA, 2004).

Quanto às condições de saúde dos participantes da pesquisa, a maioria negou qualquer problema de saúde na ocasião da aplicação dos questionários. Acredita-se que seja pelo perfil dos sujeitos da pesquisa, ou seja, jovens, recém-formados, satisfeitos com o trabalho e integrados em uma mesma equipe possa contribuir na organização das ações na ESF e menor desgaste para o profissional.

6.1.2 Características econômicas

As informações acerca da remuneração da maioria dos participantes da pesquisa, os dados demonstraram que os valores salariais variaram entre R\$ 1.660,00 e R\$ 3.315,00 (78,3%). Esses resultados se assemelham a outros estudos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde (MINAS GERAIS, 2006) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c). No primeiro estudo, a faixa salarial situa-se entre R\$ 2.000,01 e R\$ 3.000,00 e no segundo, de R\$ 1.500,00 e R\$ 3.000,00, respectivamente.

Em relação à renda mensal bruta, verifica-se que a maioria se mantém nesta faixa salarial, o que representa a estratégia como principal vínculo profissional. No entanto, para conseguir uma melhor remuneração, assumiram outros vínculos profissionais. O que se observou neste estudo, é que (6,5%) dos pesquisados recebem remuneração acima de R\$ 3.316,00.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c) propõe uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham na ESF, uma vez que devem atuar

em regime de 40 horas/semanais. Para obter esta dedicação integral ao programa e colocar esses profissionais qualificados em áreas mais distantes dos maiores centros urbanos, tem sido oferecido um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde. No entanto, este salário, muitas vezes, não é satisfatório para uma jornada de 40 horas, segundo os estudos.

O estudo realizado por Barbosa e Aguiar (2008) demonstrou que os enfermeiros da ESF de Ipatinga-MG definiram a remuneração como insatisfatória relacionada à carga de trabalho e à responsabilidade que o enfermeiro assume na ESF, no qual o descontentamento aumentava pela comparação da remuneração dos enfermeiros com outros profissionais de nível superior, principalmente em relação aos médicos.

Desse modo, a duplicidade de vínculos profissionais podem estar relacionados com os baixos salários recebidos em cada emprego assumido pelo profissional, pois, mesmo com a remuneração considerada mais atrativa na ESF, o enfermeiro somente consegue suprir suas necessidades econômicas e sociais com o somatório desses salários (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Vale ressaltar que a profissão sofre, diretamente, os reflexos das modificações do contexto em que se insere. Assim, os avanços tecnológicos, as implementações mais diversificadas repercutem no “fazer” da enfermagem, bem como as retrações financeiras que acabam, em última instância, comprometendo o cuidado prestado à clientela (SPINDOLA; SANTOS, 2003; PIRES, 2009).

6.1.3 Qualificação e habilidade em saúde mental na ESF

Com relação à qualificação dos participantes deste estudo, em saúde mental na ESF, foi apontado o baixo número de profissionais com formação nesta área, a maioria afirmou não possuir formação específica em saúde mental e, entre aqueles que responderam possuir qualificação, verificou-se o aprimoramento somente com cursos de atualização. Os resultados obtidos corroboram com o estudo realizado por Souza *et al.* (2007).

Quanto à habilidade dos pesquisados para lidar com a saúde mental na ESF no município de Uberaba-MG, a maioria referiu despreparo nesta área da saúde coletiva. Destacam-se, entre os motivos, a falta de preparo adequado na saúde

mental devido à inexperiência, a falta de conhecimento na área, formação específica, insegurança, dificuldade na abordagem e orientação do portador de transtorno mental, bem como a ausência de cursos de capacitação periódicos e protocolos direcionados para o atendimento na área.

Entre os enfermeiros que responderam preparo para lidar com a saúde mental na ESF, ressaltaram a importância em adquirir conhecimento adequado, experiência, buscar qualificação e capacitação na área. Além disso, nota-se que o contato direto com o portador de transtorno mental, durante as suas ações e o tempo de trabalho do enfermeiro na ESF, pode contribuir na assistência em saúde mental, juntamente com os outros profissionais da equipe na ESF.

Estes achados têm sido encontrados com maiores frequências em outros estudos desenvolvidos com os enfermeiros que atuam na ESF, fortalecendo a justificativa de que o enfermeiro ainda encontra dificuldades em incorporar a assistência à saúde mental, no enfoque da atenção básica à saúde, em especial na ESF e precisam de melhor aperfeiçoamento para atuar nesta área da saúde coletiva (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004; BRÊDA et al., 2005; SOUZA et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; ARAGÃO et al., 2009).

Aragão *et al.* (2009) cita que a expansão da ESF tem ampliado o acesso aos serviços de saúde na atenção básica à saúde e proporcionado uma melhoria da qualidade da atenção à saúde no país. No entanto, esta ampliação dos serviços aumentou a necessidade de recursos humanos para atuarem na ESF e, deste modo, a incorporação de profissionais não preparados adequadamente para este tipo de trabalho.

Reforça-se a importância de desenvolver aperfeiçoamento em saúde mental, enquanto prática de educação permanente aos enfermeiros, bem como aos outros profissionais que compõem a equipe na ESF.

Neste contexto, Venturine (2001 apud SOUZA et al. 2007), afirmam que a formação específica em saúde mental pautada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do atendimento básico de saúde ajudam a ampliar os horizontes e conduzem à reflexão no processo de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação, liberdade e responsabilidade. Por outro lado, a ausência desta formação pode ser um dificultador no acompanhamento das mudanças preconizadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica em níveis nacional, estadual e municipal (SOUZA et al., 2007).

Acredita-se que uma formação apropriada, com interesse, comprometimento e de qualidade em saúde mental, desde a graduação em enfermagem e atualizações contínuas na área podem facilitar ações de saúde mental na ESF como: acolhimento, orientações, escuta, grupos terapêuticos, dentre outras realizadas através de um trabalho coletivo com a equipe que visa à assistência voltada para a promoção da saúde mental, propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelo SUS.

6.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF

6.2.1 Ações no primeiro contato

Nas ações realizadas pelos sujeitos da pesquisa no primeiro contato com os usuários na ESF, destacam-se o acolhimento, a escuta e a orientação.

Esses resultados obtidos corroboram com estudos que têm demonstrado que as intervenções de saúde devem estar pautadas em uma interação terapêutica que busca garantir a escuta, o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a co-responsabilização do sujeito por sua saúde. As pessoas, portadoras ou não de uma patologia orgânica, passam a evidenciar, através de seus sintomas e queixas, uma posição subjetiva singular na relação com sua própria saúde e vida (LABOSQUE et al., 2005; MUNARI et al., 2008).

O acolhimento pode caracterizar, na ESF, uma efetividade em relação aos princípios e diretrizes importantes para a prática, como a integralidade, o vínculo e a resolutividade. Em relação à operacionalidade, caracteriza-se pela organização e funcionalidade do serviço de saúde, atender as pessoas que procuram pelo serviço, com a função de acolher, escutar, capaz de dar respostas positivas e de resolver os problemas de saúde da população (BUCHELE et al., 2006).

No primeiro encontro, a enfermeira e o usuário têm objetivos e interesses totalmente distintos. Têm seus próprios preconceitos sobre o significado da situação e dos papéis de cada um no encontro. Com o trabalho realizado juntos, começam a chegar a um entendimento mútuo sobre a situação e estabelecer metas comuns que incidem sobre a saúde do indivíduo (MOK; CHIU, 2004).

Considera-se que a falta de tempo para o acolhimento, ou a rápida realização dessa atividade, visto que as equipes buscam agilizar o atendimento devido ao excesso de demanda na unidade, ou, talvez, pela questão da produtividade exigida pelos gestores, podem influenciar no tempo dispendido para o acolhimento prejudicando o diálogo e a escuta.

Espera-se com o acolhimento a produção do encontro entre o profissional de saúde e o usuário, uma interação interpessoal e de troca mútua. Essa prática permite um momento de escuta, no qual o profissional volta-se ao sujeito com empatia e afabilidade (MIELKE, 2009).

Stefanelli (1993) cita que, na enfermagem, o envolvimento, empatia e respeito mútuo são a arte e a ciência da profissão. Desta forma, pode-se considerar que essas ações na enfermagem constituem-se em importantes estratégias de cuidado e ferramentas essenciais no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá a oportunidade ao sofrimento do outro, a uma relação de confiança, permeada pelo vínculo e pelo compromisso.

A importância da empatia na interação terapêutica parece ser um conjunto de objetivos comuns, tais como: iniciar a comunicação interpessoal a fim de compreender as percepções e necessidades do usuário; habilidade do mesmo de aprender ou lidar de forma mais eficaz com seu ambiente e redução ou resolução de seus problemas (PEPLAU, 1991; MERCER; REYNOLDS, 2002).

Pinho e Santos (2007) referem-se que a falta de motivação dificulta o estabelecimento do relacionamento interpessoal, mesmo que haja a intenção de que ocorra, parece ficar na superficialidade por causa da pouca disponibilidade pessoal do cuidador.

Ainda, neste estudo, destaca-se a relevância dos pesquisados em realizar as ações voltadas para o levantamento das necessidades básicas dos usuários e a atenção à comunicação verbal, já no primeiro contato.

Para o levantamento dessas necessidades básicas, durante a consulta de enfermagem, o exame físico deve ser entendido como parte integrante e representa um dos meios que complementam o levantamento de problemas que necessitam de ações dos enfermeiros que visam contribuir na melhoria da qualidade da assistência (BARROS, 2002).

Neste estudo, vale ressaltar que poucos enfermeiros (26,7%) responderam que realizam o exame físico no primeiro contato.

Para que se possam obter dados relevantes para assistência de enfermagem, faz-se necessário, além da habilidade na execução do exame físico, competência profissional para discernir o que se encontra dentro dos limites normais que requerem intervenção e interpretação do que está sendo percebido (BARROS, 2002).

Peplau (1991) define a comunicação como um processo interpessoal que envolve a seleção de sinais e conceitos que são importantes para definir, de alguma forma, o desenvolvimento de um entendimento comum. A comunicação verbal do enfermeiro com o paciente torna-se produtiva quando o enfermeiro desenvolve a consciência de seus padrões verbais e a oportunidade de avançar no aprendizado do indivíduo.

Acrescenta, ainda, que conversar com os indivíduos é mais que um bate papo social, representa a responsabilidade do uso das palavras em um processo de ser produtivo. Adiciona que os gestos corporais que usam podem influenciar a interação com os sujeitos e não somente a resposta verbal (PEPLAU, 1960).

O enfermeiro deve estar atento ao uso adequado das técnicas de comunicação verbal e não verbal, captando e interpretando-as adequadamente, demonstrando confiança buscando criar um vínculo entre ambos (PEPLAU, 1960; FUREGATO, 1999; SILVA, 1996).

Observou-se, entre os pesquisados, que somente (35,6%) responderam que estão atentos à comunicação não verbal no primeiro contato. Nota-se, neste estudo, a dificuldade do enfermeiro em estabelecer a comunicação não verbal com o usuário na ESF.

Furegato (1999) ressalta que o enfermeiro deve estar atento à sua expressão, gestos, olhares ou palavras que podem ser interpretadas pelo outro como ameaçadores. O comportamento congruente pode minimizar os sentimentos de ameaça sentidos pelo outro, gerando efeito terapêutico e transparente.

A capacidade de comunicar permite ao homem compartilhar sua própria experiência e o conhecimento do indivíduo que se comunica com os demais acerca de si mesmo. A comunicação precisa e eficaz exige um tipo de comportamento adquirido e requer tempo e esforço para cada um dos participantes (TRAVELBEE, 1982).

Stefanelli (1993, p. 15) ao se referir ao processo de comunicação observa que:

A comunicação já não pode mais ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Ela tem de ser considerada como capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pela enfermeira não importando sua área de atuação. É a competência interpessoal, usada de modo terapêutico que vai permitir à enfermeira atender às necessidades do paciente em todas suas dimensões levando em consideração a sua cultura e o ambiente.

A comunicação deve estar relacionada com a capacidade e a competência a ser adquirida pelo enfermeiro, atendendo às necessidades do usuário e respeitando os aspectos culturais e ambientais. A fase de orientação da teoria do relacionamento interpessoal proposto por Peplau (1991) assemelha-se com este aspecto e, segundo Shives (1994, p. 91), nesta fase, se busca construir a confiança, o suporte, criar um ambiente terapêutico, avaliar os pontos fortes e as fraquezas do sujeito, a fim de estabelecer um modo de comunicação aceitável para ambos.

Na maioria das vezes, a comunicação não verbal traduz o estado emocional da relação enfermeiro-usuário através do contato físico, postura, aparência física, o tom emocional da fala, o silêncio se faz presente durante o cuidado do enfermeiro, diante da constatação de que não se comunicar é impossível diante dos diversos procedimentos. Com isso, a comunicação verbal acontecerá naturalmente, como consequência do diálogo (SILVA, 1996).

Os profissionais da saúde têm, na comunicação, um fator essencial para exercer ações com qualidade e humanização, buscando o conhecimento dos usuários, pois, através dela, são capazes de interagir, dialogar e compreender suas necessidades, proporcionando uma assistência integral e individualizada aumentando sua satisfação em relação ao atendimento e minimizando seus anseios, dúvidas e medos (SILVA, 1996; FUREGATO, 1999).

6.2.1.1 Fatores que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na ESF no primeiro contato

A Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental orientado pela importância do tratamento voltado para a interação terapêutica entre o profissional e o portador de transtorno mental, bem como, a reabilitação psicossocial do mesmo no âmbito familiar e na comunidade.

Oliveira (2007) refere que a Reforma Psiquiátrica veio contribuir com a orientação pelo psicossocial, em que o sofrimento mental não ocorre somente no individual, mas em pessoas que se relacionam em uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções de saúde.

Neste contexto, os fatores como cultura, comportamentos dos usuários, as experiências anteriores do enfermeiro e o nível de conhecimento na área foram apontados pelos participantes da pesquisa que podem influenciar na relação entre ambos, como já citados na apresentação dos resultados.

Nessa perspectiva, surge a discussão sobre os referenciais teóricos para explicar a influência desses fatores durante a interação, assim como a sua participação enquanto sujeito ativo do processo, com o objetivo de estabelecer a relação enfermeiro-pessoa (PEPLAU, 1991).

Peplau (1991, p. 18) ressalta a importância de conhecer a história da pessoa, sua cultura, sua vida cotidiana que influencia no exercício de sua autonomia e o tratamento nos serviços de saúde e nas relações sociais. “Os indivíduos diferentes reagem diferentemente à doença”. O que existe no outro deve ser valorizado e conhecido. Portanto, é necessário estar interessado no que leva uma pessoa a procurar um tratamento para enfrentar sua dificuldade de saúde.

É importante que esses fatores que foram ressaltados pelos enfermeiros não interfiram negativamente no cuidado de enfermagem, mas na necessidade de investir na relação enfermeiro-usuário de forma mais adequada para o alcance dos objetivos pré-determinados na interação para o estabelecimento do planejamento terapêutico.

Assim, os enfermeiros e os outros profissionais inseridos na ESF estão, a todo o momento, em contato com as famílias em seu território, e precisam, de fato, entrar em contato com sua realidade social, sua cultura, os costumes e a dinâmica.

Oliveira e Furlan (2008) citam que as ações em saúde realizadas com as pessoas em seu território serão mais eficazes se trabalhadas coletivamente. Desse modo, os profissionais precisam atuar de uma forma que alcance os ideais comuns da equipe junto com a realidade de vida já existente na comunidade e nos indivíduos.

Dessa maneira, as idéias pré-concebidas acerca dos transtornos mentais podem dificultar as ações do enfermeiro junto aos portadores de transtorno mental e,

em muito, definirá suas intervenções, contribuindo ou não para a melhoria da qualidade da relação enfermeiro com este indivíduo.

Durante o processo de interação entre o enfermeiro e o portador de transtorno mental, em específico nos primeiros contatos, a tensão e a ansiedade podem ocorrer entre ambos. No papel de “conselheiro”, o enfermeiro encoraja a pessoa a explorar a sua situação atual e apresentar o problema que o aflige. A enfermeira deve estar ciente de que tal exploração, muitas vezes, gera ansiedade e, portanto, deve facilitar ao paciente um ambiente propício e seguro para que possa expressar as suas preocupações (COUREY et al., 2008).

Ambos devem participar do processo de orientação por meio de formulação de perguntas, que possam sentir-se seguros na interação e durante todo o momento da observação de como o outro responde. Percebe-se, quando o sujeito responde apenas às questões feitas pelo enfermeiro, a relação pode caracterizar-se por apatia, dependência ou agressividade excessiva. Assim, tudo o que acontece com o indivíduo ou com o seu conhecimento necessita de uma orientação explicativa (SANTOS; FUREGATO; SCATENA, 2006).

Ao enfermeiro vale o esforço de considerar que, como ser humano, suas emoções, anseios, preconceitos podem estar presentes no trabalho que desempenha. Estes aspectos podem refletir em suas ações e, certamente, serão obstáculos para o estabelecimento de uma relação futura com o usuário. Essa interação deve acontecer naturalmente e, por isso cabe aos enfermeiros uma atenção para as suas condutas e conceitos pré-definidos que vão influenciar e contribuir para o atendimento das necessidades humanas do indivíduo.

6.2.2 Conceito de saúde mental segundo a população do estudo

Sobre o conceito de saúde mental que foi mencionado pelos enfermeiros nas ESF, obteve-se os seguintes agrupamentos temáticos: a relação da saúde mental com o bem-estar biopsicossocial e o equilíbrio emocional; a relação da saúde mental com o convívio social e familiar e a relação da saúde mental com a doença mental, como apresentado no item 5.2.3 da pesquisa.

6.2.2.1 Bem-estar biopsicossocial e equilíbrio emocional

Esta categoria caracteriza-se por representar os conhecimentos e as crenças dos enfermeiros sobre a saúde mental. O bem-estar integral tem forte repercussão na saúde das pessoas, associado a estados psicológicos, sociais e biológicos.

A saúde mental pode ser expressa como um estado de bem-estar biopsicossocial e espiritual, por contemplar uma interação harmoniosa entre a mente, o corpo e o meio social, considerando a família, trabalho, cultura, amigos, estudo e dentre outros. Assim, a pessoa busca formas de satisfazer suas necessidades e enfrentar as condições impostas pelo meio social, através de uma qualidade de vida mais saudável (CZERESNIA; FREITAS, 2003; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

Atualmente sabe-se que a grande questão apontada para a promoção da saúde e qualidade de vida desdobra a compreensão da saúde para além da prática clínica e incorpora as condições de vida, geradas pelas relações sociais, como importante elemento do processo saúde-doença.

A OMS, através do Grupo de Qualidade de Vida (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403), define o termo qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O conceito apresenta-se abrangente e complexo, pois, envolve as crenças biológicas, psicológicas, espirituais e do meio ambiente (SÁ JUNIOR; SOUZA, 2007), como se percebe nos seguintes questionários: Q4: “[...] equilíbrio com a mente, as sensações e os sentimentos”; Q15: “[...] bem-estar mental, hábitos saudáveis de vida, mente saudável”.

Peplau (1993), define a saúde mental como situação de saúde que se apresenta como uma qualidade dinâmica que permite à pessoa vivenciar uma experiência em potencial do bem-estar físico e social e que estabelece ao indivíduo uma oportunidade de viver bem e em harmonia com os outros.

Nos questionários Q10 e Q42 aparecem manifestações que vem de encontro ao proposto por Peplau (1993): Q10: “Entendo como o bem-estar emocional tranquilo consigo mesmo e com os outros; Q42: “Bem-estar mental e emocional, contato com outras pessoas”.

A definição de saúde mental da autora não diverge das respostas dos enfermeiros e reforçam a relevância de estar bem emocionalmente consigo e com outras pessoas do seu mundo externo.

Fazendo um paralelo entre as respostas dos enfermeiros com o contexto encontrado na literatura (PEPLAU, 1993; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005) observa-se que é referido à própria pessoa a sua capacidade de adaptação ao meio interno e externo em que vive a sua condição de resolução de conflitos e a sua contribuição criativa na sociedade: “[...] cuidar do bem-estar e desenvolvimento psíquico do indivíduo, prevenindo ou evitando maiores complicações” (Q9).

O conceito de saúde mental elaborado pela OMS em 2001, definido como: “Estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas habilidades consegue lidar com os estresses normais da vida, pode trabalhar produtivamente e frutiferamente e estar em condições de contribuir com sua comunidade” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005, p. XVIII).

De maneira geral, este conceito é expresso pelos enfermeiros nos questionários:

- ✓ Q28: “Assistir o paciente como um todo em suas necessidades, bem-estar físico e mental”;
- ✓ Q32: “Capacidade do indivíduo de manter equilíbrio emocional e interagir com a família”;
- ✓ Q37: “[...] bem-estar mental, viver e trabalhar bem sem sofrimento e tristezas”.

6.2.2.2 Convívio social e familiar

Neste agrupamento temático, o enfoque é o convívio social e familiar do portador de transtorno mental, sob o ponto de vista dos enfermeiros.

Inicialmente, define-se família, sociologicamente, como um sistema social, dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo do seu tamanho e da definição de papéis. É através das relações familiares que os próprios acontecimentos da vida recebem seu diagnóstico e, através dele, são entregues à experiência individual (SARACENO, 1992).

Neste contexto, entende-se a família como o núcleo de uma sociedade e que, como todo grupo social, encontra-se entrelaçada por relações e posições que demarcam o comportamento do sujeito.

Observa-se que os enfermeiros destacaram a ênfase dada ao convívio familiar, como descrito nos questionários: Q15: “[...] a saúde mental do indivíduo está relacionada com sua relação familiar”; Q32: “Capacidade do indivíduo de manter equilíbrio emocional e interagir com a família”.

A equipe da ESF, ao reconhecer a família como parte a ser cuidada, favorece o estabelecimento de parceria e fortalece a confiança com o intuito de ter um trabalho mais participativo e dinâmico. Contudo, a família sente necessidade de obter informações de forma clara, objetiva e simples, de modo que tenha condições de assimilar todos os acontecimentos, como aponta o Q41: “[...] estado passageiro ou definitivo, mas com o apoio familiar e profissional o paciente consegue controle que necessita para conviver com as pessoas”.

Assim, com uma interação concreta e definida, pode-se estabelecer uma integração saudável, tanto para a equipe como para os familiares, com o propósito de conseguir um completo bem-estar.

A saúde mental pode melhorar com ações coletivas realizadas na sociedade. Para isso, requer políticas e programas por parte dos setores governamentais e comerciais que envolvem os serviços de educação, trabalho, justiça, ambientais, habitacionais e de assistência social, bem como atividades específicas no campo da saúde relacionadas com a prevenção e tratamento dos problemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Este fato conduz a discutir o conceito de saúde mental que se justifica por ser uma área de conhecimento que visa mais à prevenção e à promoção da saúde do que diagnosticar e tratar, pois, além de preocupar-se em reabilitação e inclusão do portador de transtorno mental em seu contexto social, o que remete ao pensamento, de que prevenir e promover não se limita somente aos estes indivíduos e sim, à população de maneira geral (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

A reabilitação psicossocial trouxe para a saúde mental e aos profissionais a mudança na sua forma de tratamento. A preocupação em estabelecer o vínculo através do acolhimento humanizado e do relacionamento interpessoal. Buscar o envolvimento da família e comunidade na participação do tratamento para restabelecer as funções orgânicas, sociais e ambientais na sociedade.

6.2.2.3 Relação do conceito de saúde mental com a doença mental

A institucionalização da loucura em doença mental, no fim do século XVIII, marcou a Psiquiatria como especialidade médica, de modo que o objeto de trabalho era a “doença mental” voltada para a dimensão singular em relação à vida dos sujeitos, a partir da noção de normalidade/anormalidade resultante de um processo centrado na hospitalização e na exclusão social da pessoa considerada “doente mental” (ALMEIDA-FILHO; CORIN; BIBEAU 1999 apud JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Nesta época, o cuidado de enfermagem centrava-se na assistência repressora em que o doente mental, era visto, como um ser perigoso, agressivo, anormal, cujo meio para lidar com este, usa-se a forma repressora, isolada e da reclusão (ROCHA, 1994).

O preconceito com a loucura e da exclusão do portador de transtorno mental ainda permanece presente no meio social e nos profissionais de saúde.

Diante desta percepção de exclusão social, os participantes do estudo relataram em seus questionários:

- ✓ Q3: “[...] pessoa com transtorno mental e excluída”;
- ✓ Q5: “Distúrbio ou alteração psicossocial”;
- ✓ “Q7: Alteração psicológica, comportamental que prejudica sua convivência social.

O mais complicado do que aceitar como completa exata uma definição de saúde mental, é assinalar o limite entre esta e a doença mental.

Neste contexto, o conceito de saúde mental se confunde com a doença mental destacado nestes trechos abaixo, segundo os pesquisados:

- ✓ Q11: “[...] distúrbio que prejudica o paciente, o ambiente, afeta a alma, sofrido, doído e o físico do paciente”;
- ✓ Q22: “Transtorno psiquiátrico”;
- ✓ Q36: “Problema mal resolvido desencadeante de doença”.

O conceito de doença mental relacionado a anormalidade tem sido criticada nos últimos 30 anos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo. No Brasil, esse movimento vem discutindo a inclusão social do portador de transtorno mental, bem com uma nova política de reorganização dos serviços de saúde em um processo de trabalho, que contribua para a formulação de um novo modelo de

assistência em saúde mental, através das ações da atenção primária (SILVA et al., 2005).

A necessidade de se investir na formação e aperfeiçoamento da equipe de enfermagem em saúde mental coletiva aparece nos trechos dos questionários abaixo, segundo os enfermeiros estudados:

- ✓ Q6: “Necessidade de ajuda (refere-se ao indivíduo) de suas necessidades básicas”;
- ✓ Q18: “Entendimento da saúde mental focado no CAPS, na ESF ainda é muito fraco”;
- ✓ Q40: “Atenção dada aos problemas emocionais e psicológicos na ESF”.

Nesta perspectiva, os profissionais devem estar preparados para acolher a pessoa que apresenta transtorno mental nas ações da atenção básica à saúde, em específico a ESF.

A Organização Mundial de Saúde (2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) propõem aos profissionais inseridos na atenção primária trabalhar a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam estes de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletiva, considerando os indivíduos como sujeitos cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar.

É nesse sentido que a atenção em saúde mental, quando realizada e acompanhada satisfatoriamente pelas equipes de ESF podem influenciar em muito na recuperação e reinserção do portador de transtorno mental.

Souza *et al.* (2007) citam que essas ações se bem trabalhadas contribuirão para diminuição das internações hospitalares psiquiátricas. Assim, é preciso que os enfermeiros repensem juntamente com toda sua equipe sobre a importância de suas ações na promoção da desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

6.2.3 Ações realizadas para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF

Mais uma vez, o acolhimento e as orientações em saúde mental aparecem em destaque, sendo realizados pela maioria dos participantes do estudo, como uma atividade que pode favorecer a promoção do cuidado, prevenção em saúde mental e o estabelecimento do vínculo com a comunidade na ESF.

Mielke (2009) afirma que o acolhimento, a escuta e as orientações são consideradas como parte fundamental do cuidado e ferramentas essenciais para minimizar o problema, fazendo com que a pessoa tenha condições de pensar melhor sobre sua realidade e optar pela conduta adequada. É essencial para a promoção de resultados que estabelecem novas formas de atenção em saúde mental.

A atuação do enfermeiro na ESF, juntamente com a equipe, propiciam o conhecimento da comunidade assistida que visa encontrar as melhores soluções para atender às necessidades dessa clientela. Torna-se de fundamental importância que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, esteja atualizado para a prática da promoção à saúde mental, e que tenha subsídios para participar da elaboração de protocolos institucionais que direcionem essas ações aos usuários, familiares e comunidade.

Neste estudo, o apoio familiar foi ressaltado pela maioria dos enfermeiros como uma estratégia que pode facilitar a promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF. Os enfermeiros têm um papel norteador voltado para o cuidado ao portador de transtorno mental que incentive a participação do familiar no processo terapêutico, desde o início dos sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e atividades desenvolvidas para a promoção do bem-estar dessas pessoas.

A família, devido às características de proximidade e convivência, tem melhores condições de acompanhar os processos de saúde e doença de seus membros. De tal modo, compete às famílias, não apenas seguir as orientações dos profissionais, mas reconhecer e assumir a responsabilidade pela saúde de seu membro. As dúvidas devem ser esclarecidas e a opinião considerada, além da participação incentivada no processo do cuidar (BOUSSO; ANGELO, 2001; BRITO et al., 2006).

Souza e Scatena (2005) citam a importância de colocar em prática o acolhimento e a escuta aos familiares dos portadores de transtorno mental como forma de ajudá-los a sair do isolamento e enfrentar a sobrecarga no cuidado desses indivíduos.

Os profissionais da ESF necessitam de práticas renovadas e ampliadas de assistência durante atuação, que almejem estar em contato com universo familiar e suas realidades complexas e de conflito, precisam de uma assistência maior de cooperação e integração que atenda à expectativa dos familiares em consonância com as expectativas dos profissionais. Ao lidar com os transtornos mentais, a família

vivência a ocorrência de sentimentos e emoções imprevisíveis que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de organizar e aceitar (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

Neste contexto, o papel do enfermeiro de saúde pública é cada vez amplo e mais relevante, não só no acompanhamento do portador de transtorno mental e sua família, como na prevenção da doença e da hospitalização. O trabalho individual do enfermeiro deve ser considerado e estudado em relação ao esforço total em saúde mental, dentro de uma determinada comunidade ou região (PEPLAU, 1965). Ressalta-se a importância de direcionar fatores que conduzam a pessoa a manter-se bem, saudável, dentro de sua comunidade, ou seja, “[...] o paciente comece a identificar novos objetivos, como ir para casa, retornar ao trabalho e coisas deste tipo” (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2008, p. 142).

Souza e Scatena (2005) destacam-se a importância da criação de estratégias pelas equipes de saúde da família para estimular a participação do familiar, enquanto agente colaborador no processo terapêutico e, além disso, desenvolver ações voltadas para a promoção do conforto desses sujeitos, através das práticas voltadas para a educação em saúde e grupos educativos para verificar a compreensão e a adesão às informações fornecidas.

As atividades de educação em saúde possibilitam a participação do enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, usuários e familiares, enquanto forma de acompanhamento e orientação de ações em saúde mental e, se expressam como estratégias que incentivam a promoção da saúde, a qualidade de vida e bem-estar do ser humano.

Os dados obtidos neste estudo apontam a educação em saúde como ações desenvolvidas pela maioria dos enfermeiros para implementar a promoção e prevenção em saúde mental na ESF. Esta prática pode ser uma ferramenta útil desde que contemple novas abordagens com vistas à integralidade na atenção. Tal evidência tem como base a nova conformação paradigmática, a qual exige, na atualidade, estratégias inovadoras para sua realização.

Benedetti, Macedo e Querino (2006) citam que a educação em saúde valoriza ainda mais o sujeito, fazendo com que entenda que ele próprio é a chave para o sucesso em sua saúde, ele é responsável por isso. É uma estratégia que visa à reorganização dos serviços de saúde, bem como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais, para que as necessidades da pessoa sejam vistas de uma

forma integral. Para isso, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Neste estudo, a maioria dos enfermeiros respondeu que realizam a prática da atividade física para a promoção e prevenção em saúde mental com os usuários na ESF. Entretanto, não ressaltaram a relevância das atividades em grupos terapêuticos junto a esta população.

A literatura descreve que a prática de atividade física contribui para a promoção da saúde de várias maneiras, principalmente na prevenção de doenças, autoestima mais positiva e oportunidades para um melhor relacionamento social (MELLO et al., 2005; ARAÚJO et al., 2007).

O estudo realizado por Araújo *et al.* (2007) evidenciou a importância das atividades de lazer e bons hábitos de vida em relação à diminuição do adoecimento psíquico que é, hoje, considerado um problema de saúde pública. Os resultados obtidos em seu estudo mostraram que os indivíduos que participavam das atividades de lazer e dos exercícios físicos apresentaram menor prevalência de transtornos mentais na população estudada.

Essas atividades, quando bem orientadas e monitoradas pelos profissionais de saúde, podem ser um instrumento de destaque para favorecer a promoção da saúde mental e a garantia da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental, de seus familiares e de toda a população.

Desta forma, também as orientações, quando realizadas em grupo, garantem maior envolvimento dos indivíduos e familiares junto à ESF, permitindo que os conhecimentos sejam mais facilmente assimilados e colocados em prática (WELFER; LEITE, 2005).

A exclusão de atividades que buscam a participação em grupos terapêuticos pode dificultar a inserção de ações em saúde mental em espaços coletivos na ESF.

Benedetti, Macedo e Querino (2006) citam que a interação da equipe com os usuários é um grande passo rumo à promoção da saúde, pois possibilita uma ampliação de vínculos que, por sua vez, torna o trabalho mais compensatório e humano.

A promoção da saúde é reconhecida como importante estratégia de renovação das práticas em saúde coletiva, reconfigurando saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população. Entretanto, as

políticas e ações de promoção da saúde são ainda incipientes em relação a pouca capacidade de mudança nas práticas de atenção e de educação em enfermagem. É preciso superar os desafios e criar oportunidades para a melhoria da atenção à saúde e na qualificação do ensino. É necessário refletir a promoção da saúde como um marco conceitual no redirecionamento do processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde e de enfermagem (SILVA et al., 2009).

6.2.4 Transtornos mentais mais comuns na ESF segundo a população do estudo

A maioria dos participantes classificou os transtornos mentais que mais ocorrem em sua área de abrangência da ESF, são decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas e os transtornos de humor. A prevalência desses transtornos, assim como o transtorno de ansiedade têm sido evidenciados em estudos internacionais e nacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001; BRÊDA; AUGUSTO, 2003; BRASIL, 2006b; FORTES; LOPES; VILLANO, 2008).

O transtorno depressivo tem se destacado como uma patologia mental prevalente na população em geral. Fleck *et al.* (2002) destacam que esses transtornos constituem um problema de saúde pública devido a essa alta prevalência e o impacto social que causa nos serviços de saúde e na comunidade. Os usuários deprimidos buscam atendimento nos serviços de saúde primário com freqüência. No entanto, muitas das vezes, não são diagnosticados e não recebem tratamento.

Estudos demonstram que 50 a 60% dos casos de depressão não recebem tratamento suficientemente adequado e específico (FLECK et al., 2002; CANDIDO; FUREGATO, 2005) o que repercute em uma carga excessiva de sofrimento, aumento da morbidade e mortalidade, além do risco pelo suicídio (MONTGOMERY, 1997 apud CANDIDO; FUREGATO, 2005). Com o tratamento adequado, a morbimortalidade da depressão pode ser prevenida em até 70% (DOCHERTY, 1997 apud FLECK et al., 2002).

Neste contexto, destaca-se a importância do atendimento de saúde primário, com destaque para a ESF, a fim de centralizar o atendimento aos indivíduos com depressão, detectando os sintomas através do atendimento inicial e realizando as

orientações cabíveis e, se necessário for, o encaminhamento aos serviços especializados.

Candido e Furegato (2005) afirmam que os profissionais de saúde dos diferentes serviços, principalmente os responsáveis pelo atendimento primário, devem reconhecer a depressão como uma doença extremamente importante devido a sua prevalência e à procura por locais de atendimento primário pelos pacientes com sintomas depressivos.

A dependência de álcool e drogas também é uma patologia que tem sido destacada nos estudos e merece atenção dos serviços primários pela sua prevalência e a procura por esses serviços, assim como o transtorno depressivo. Neste estudo, esse transtorno foi ressaltado pelos enfermeiros como uma das patologias mais comuns em sua área de atuação da ESF.

Dados de um estudo realizado pela OPAS e OMS, “Psychological Problems in General Health Care” (PPGHC/OMS), na década de 90, em 15 países diferentes, inclusive no Brasil com os pacientes da atenção primária, evidenciaram que a dependência de álcool e drogas foi o terceiro transtorno mental mais prevalente neste nível de atenção à saúde, perdendo apenas para a depressão e o transtorno de ansiedade generalizada. Esses dados foram semelhantes em muitos países, inclusive no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Em 2001, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou uma pesquisa domiciliar, de caráter nacional, em 107 cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos, (77,3%) dos homens e (60,6%) das mulheres já fizeram uso de álcool na vida, (48,3%) dos entrevistados, na faixa de 12 a 17 anos de idade, referiram consumo de bebidas alcoólicas, (15,7%) tabaco, (3,4%) solventes e (3,5%) maconha (GALDURÓZ et al., 2002; MOUTINHO; LOPES, 2008).

Posteriormente, no ano de 2005, o CEBRID realizou a segunda versão desse estudo intitulado de “II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil-2005”. A pesquisa mostrou que o número de brasileiros com idades entre 12 e 65 anos, dependentes de bebidas alcoólicas, era de (12,3%), sendo de (19,5%) entre homens e de (6,9%) entre mulheres. Os dados também indicaram aumento do consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces. O número de dependentes na faixa de 12 a 17 anos foi de (7%) (2005), e de (5,2%), em 2001. O estudo constatou ainda, que o maior número de dependentes de bebidas alcoólicas

continua sendo do sexo masculino na faixa etária entre 18 e 24 anos em que o percentual foi de (23,7%) (2001) e (27,4%) (2005) (CARLINI et al., 2005).

Esses resultados mostram a necessidade de criar estratégias entre os adolescentes quanto ao uso de substâncias químicas. Os profissionais que atuam na prevenção precisam estar atentos quanto às motivações positivas (livrar-se da timidez, sentir prazer, sensações novas, convívio grupal, autonomia, independência, entre outros) que levam os adolescentes a buscarem o consumo dessas substâncias. O enfermeiro deve compreender todos esses aspectos, como forma de interagir e intervir conforme as características e as demandas apresentadas por esta clientela. É preciso desenvolver estratégias que efetivem a inclusão da promoção da saúde e prevenção do uso/abuso de drogas na ESF (MOUTINHO; LOPES, 2008).

A importância dessa demanda de saúde mental nas unidades de saúde da família requer a inclusão de técnicas direcionadas ao atendimento dos transtornos mentais, bem como a capacitação específica dos profissionais da ESF para essas intervenções (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Neste contexto, estratégias voltadas para a promoção, prevenção e educação em saúde incentivam o envolvimento da comunidade, planejamento, desenvolvimento e oferecem serviços para a melhoria da qualidade da assistência.

Maragno *et al.* (2006) mencionam que a intervenção precoce, a prevenção e a educação em saúde têm apresentado alta resolutividade no Brasil, através de busca ativa de casos, trabalho em equipe e fácil acesso da população aos serviços de saúde.

Desse modo, é preciso investir, e muito, nas ESF que exercem um papel importante na efetivação dessas ações e a inclusão da saúde mental, na concretização de ações voltadas para a definição de metas e prioridades para a questão álcool e drogas e, de acordo com o Ministério da Saúde, articular a construção de uma política específica para esse campo da saúde mental (BRASIL, 2003c).

6.2.5 Ações contínuas em saúde mental na ESF

A visita domiciliar, o acolhimento, o apoio familiar, encaminhamentos e acompanhamento medicamentoso foram as ações mais mencionadas pelos participantes do estudo junto aos portadores de transtorno mental na ESF.

Esses dados assemelham-se ao estudo realizado por Souza *et al.* (2007). No entanto, neste estudo, não foram citadas ações voltadas para o acolhimento e apoio familiar. Ações necessárias para uma prática inovadora e integral na assistência em saúde mental fortalecida pela atenção básica à saúde.

Já no estudo de Machado e Mocinho (2003), as ações apontadas pela ESF foram: consultas psicológicas e médicas individuais, entrega de psicofármacos, visita domiciliar e grupos.

A visita domiciliar destaca-se com uma prática essencial na saúde pública, por fortalecer as mudanças propostas pela atenção primária e facilitar ações de saúde junto às necessidades dos usuários através do acolhimento e do vínculo em seu contexto sociocultural. Assim, pode contribuir com o planejamento da assistência devido ao reconhecimento das condições “in loco” em que a família se encontra (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

O cuidado à família, durante a visita domiciliar, é uma possibilidade da assistência em saúde mental e, ao mesmo tempo, oportunidade de integração da família durante o processo terapêutico, junto com a participação da comunidade (MACHADO; MOCINHO, 2003).

A realização dessa prática pelos profissionais é vista como uma importante ferramenta de trabalho que abrange ações desde a promoção até a recuperação da saúde (LACERDA *et al.*, 2006).

Através dessa ação cria-se a oportunidade de compreender o modo de vida dos indivíduos, conhecimento do seu ambiente e das relações intrafamiliares, observarem aquilo que está além da doença física, como os problemas sociais e emocionais, que propiciam orientações mais direcionadas para a realidade de saúde das pessoas e a autonomia no seu cuidado (SAKATA *et al.*, 2007).

Desse modo, a visita domiciliar pode favorecer no registro e observações da dosagem da droga, oferecer uma relação de socialização e aconselhamento dos pacientes e familiares em seu domicílio. O enfermeiro deve exercer essa atividade significativa que, de fato, ajuda a reduzir a internação hospitalar por transtornos mentais (PEPLAU, 1992).

A visita domiciliar deve ocorrer como uma alternativa aos enfermeiros e a possibilidade de conhecer a realidade do cotidiano dos portadores de transtornos mentais, facilitando um cuidado integral e fortalecido pelas orientações, acolhimento, vínculo, e apoio familiar. Importante ressaltar que não deve ser restrita apenas ao acompanhamento do uso da medicação e da supervisão dos agentes comunitários de saúde.

A interface saúde mental e ESF, mais uma vez, mostra a importância das ações contínuas dos enfermeiros, desde o primeiro contato, para estabelecer uma relação interpessoal do enfermeiro com o portador de transtorno mental dentro do contexto da complexidade do cuidado que está além do diagnóstico e do tratamento medicamentoso.

O atendimento em saúde, para os portadores de transtorno mental e suas famílias, ainda está centrado nas queixas, sintomas, no tratamento medicamentoso e na cura como ausência de sintomas. Cabe aos profissionais desmistificar os modelos assistenciais biológicos, individuais e curativos centrados na produção e no procedimento, para um modelo baseado na produção de cuidados (MUNARI et al., 2008).

O encaminhamento pode sugerir uma separação do portador de transtorno mental no sistema e na fragmentação da assistência em saúde mental que prioriza a terapêutica medicamentosa em oposição ao acolhimento que busca um modelo mais humanizado voltado à promoção da saúde. Desafios importantes à melhoria da qualidade da assistência e a interação do ser humano no seu meio social, político, cultural (BUCHELE et al., 2006).

Peplau (1992) enfatiza que a característica central das ações dos enfermeiros realizadas no cotidiano do trabalho é a interação do profissional com o paciente. O objetivo dessa interação é buscar mudanças favoráveis no tratamento dos indivíduos. Todos os eventos que ocorrem com a doença são oportunidades de amadurecimento e aprendizagem, diante do sofrimento psicossocial. A doença geralmente força um levantamento da situação por parte da pessoa adoecida, que as enfermeiras podem utilizar para o aprendizado, crescimento e melhoria de competências na vida profissional.

O enfoque desta interação, como expressa Peplau (1992), não está limitado, somente na interação enfermeiro-pessoa. Deve envolver os familiares, outros profissionais e outros serviços de saúde. O alcance dos problemas do indivíduo

exige uma compreensão dos diferentes processos psicopatológicos, tecnológicos e farmacêuticos utilizados no plano de tratamento.

Desse modo, o relacionamento interpessoal pode ser útil quando o enfermeiro dele faz uso para a orientação dos indivíduos, no sentido de que eles possam entender seus problemas de saúde e contribuir para que entendam a importância do que pode ou deve fazer em busca da solução dos próprios problemas diferentes de saúde (PEPLAU, 1992).

Os enfermeiros devem adquirir uma postura facilitadora do cuidado e deste modo, identificar e estabelecer objetivos e ações que sejam destinadas às pessoas que precisam desse cuidado. Levar em consideração o ambiente em que vivem na comunidade e desenvolver condições para satisfazer às suas necessidades sem a pretensão de manipular os indivíduos e a comunidade (PEPLAU, 1993; MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

O trabalho em grupo possibilita o vínculo em estreita relação entre as pessoas com a mesma dificuldade com o objetivo de identificar os problemas, as expectativas, as metas e as possíveis soluções entre os membros do grupo. É possível, com a participação do grupo, que o enfermeiro estabeleça possíveis intervenções (PEPLAU, 1993; MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

De acordo com os resultados apresentados neste estudo, nota-se que a maioria dos enfermeiros não ressaltou as atividades em saúde mental voltadas para o acompanhamento do portador de transtorno mental em grupos terapêuticos.

Os profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros da ESF, podem realizar atividades em saúde mental ainda mais variadas e que lhes são atribuídas como as citadas por (BRÊDA; AUGUSTO, 2003; NUNES; JUCA; VALENTINI, 2007), que destacam os aconselhamentos, diálogos, oficinas de expressão, trabalhos grupais, ações de promoção, de comunicação e educação em saúde voltada para práticas coletivas.

6.2.6 Fatores que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF

Os participantes do estudo ressaltaram que fatores como ausência de protocolo para o enfermeiro na saúde mental, ausência de capacitação, formação

inadequada e falta de prioridade da ESF frente a outros programas de atenção à saúde podem dificultar a assistência dos enfermeiros em saúde mental na ESF.

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004; BRÊDA et al., 2005; SOUZA, et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; ARAGÃO et al., 2009).

Reconhece-se que a assistência de enfermagem em saúde mental na atenção básica à saúde é dificultada, em muitas das vezes, pela ausência de condições favoráveis nos serviços de saúde no sentido de promover uma interação significativa, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, entre enfermeiro e o portador de transtorno mental.

A prática da enfermagem sempre esteve pautada nas técnicas e nos modelos biomédicos que determinaram e ainda determinam a formação e a assistência dos profissionais da área de saúde, dificultando visualizar a pessoa que recebe atendimento para além de sua doença (PEPLAU, 1991).

Peplau (1991) refere que a assistência de enfermagem seja transformada em momentos de aprendizagem sobre as formas de relacionamentos que estabelecem com o paciente. É necessário que cada enfermeira identifique seu comportamento pessoal de acordo com suas habilidades, construções de vida e orientações que se estabelecem na relação com outras pessoas. A formação de cada enfermeira faz diferença no aprendizado sobre a doença vivenciada pelo indivíduo e determinará a maneira como o contato interpessoal será conduzido em cada situação no processo de enfermagem.

Entretanto, percebe-se a necessidade de aperfeiçoamento em saúde mental, por parte dos enfermeiros, visando melhorar a assistência direcionada aos portadores de transtorno mental, em conjunto com a equipe multiprofissional e colaboradores nesse processo. Assim, Cardoso, Oliveira e Loyola (2008) entendem que essa prática seja o caminho de aproximação da enfermagem com o ambiente e o contexto de vida do portador de transtorno mental.

A Organização Mundial de Saúde (2001) estabelece como prioridade, a formação e capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica à saúde com intuito de modificar suas condutas terapêuticas e antecipar a detecção dos casos o mais precocemente possível, através de ações voltadas para a promoção da saúde mental inseridas no contexto mais amplo da saúde pública, condutas estas que devem incluir na metodologia a abordagem dos determinantes

dos transtornos mentais: pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

As equipes da atenção básica à saúde devem estar habilitadas para assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns (quadros depressivos e ansiosos, somatização, abuso de substâncias), devem ajudar as famílias na compreensão das doenças, estimularem a adesão correta ao tratamento medicamentoso, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e de crises e assegurar a imediata resolução no momento de crises (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

A sobrecarga dos profissionais devido ao contato com o sofrimento emocional e comportamental das pessoas deve ser colocada no momento da capacitação com oportunidades para a elaboração das dificuldades surgidas na relação com os usuários e seus familiares e na busca por resolutividade das ações. Diante disso, considera-se a promoção da saúde mental e a relação do cuidado ao portador de transtorno mental e suas famílias como uma das áreas de maior complexidade na ESF (MUNARI et al., 2008).

Vale dizer que os órgãos formadores precisam fomentar mudanças curriculares quanto à formação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de habilidades que buscam a subjetividade, lidar com a afetividade e o sofrimento mental das pessoas, porém, sem distanciá-las desses aspectos e sim sensibilizá-las a participar, a sua maneira, da política e das mudanças de saúde que ocorrem no país (BRÊDA; AUGUSTO, 2003).

Outro grande problema enfrentado está na capacidade que as instituições formadoras demonstram na formação adequada de profissionais para o olhar no cuidado aos transtornos mentais diante da situação atual que se opõe à internação por períodos longos. Essa formação deve contribuir com a ação universal e generalizada. Não cabe, aqui, substituir os especialistas, apenas fornecer recursos práticos capazes de contribuir para torná-los reais colaboradores na atenção básica (NUNES; JUCA; VALENTINI, 2007).

A ESF trabalha para oferecer à população ações de assistência “básica” como o controle da hipertensão, diabetes, imunização, consultas médicas e de enfermagem nas quais a saúde mental está quase totalmente excluída. Nesse sentido, esta estratégia deveria incentivar o cuidado voltado ao portador de

transtorno mental e sua família através do planejamento local direcionado pelo Ministério da Saúde que não tem priorizado, ainda, a saúde mental no programa (SOUZA; SCATENA, 2007).

Espera-se um incentivo das políticas públicas que possa direcionar e orientar a fazer algo com respeito a esse quadro e a garantia de referência nos encaminhamentos da ESF quanto à ampliação do acesso de todos aos benefícios existentes no SUS de acordo com os seus princípios universalidade, equidade e integralidade das ações (SOUZA; SCATENA, 2007).

6.2.7 Recursos e/ou serviços de apoio de que o enfermeiro e sua equipe dispõem na ESF e sua aplicação na saúde mental

As escolas, praças e igrejas estão entre os recursos que mais foram apontados pela população do estudo para desenvolver ações de saúde mental na comunidade. Esses recursos/serviços, quando articulados com a ESF, podem proporcionar diversos apoios como: promoção à saúde mental (acolhimento, vínculo, qualidade de vida, bem estar físico, mental, lazer, atividades em grupo e outros); sociais (proteção contra a violência, interação, confiança, inclusão, desinstitucionalização e outros); econômicos (atividades laborais e apoio aos projetos de pesquisa e sociais, entre outros); culturais (educação popular) (AMARANTE, 2007).

No estudo realizado por Noronha *et al.* (2009) trabalhou-se com os recursos denominados “rede de apoio social” (recursos estruturais e os recursos humanos) concentrados na ESF, em sua área de abrangência, para atendimento às famílias em situação de risco social, sendo os institucionais ou não, dentre os quais se destacam as unidades de saúde, entidades ligadas à defesa dos direitos da criança e do adolescente (Conselho Tutelar), as instituições não governamentais (ONGs) e as unidades assistenciais da sociedade civil, associações comunitárias locais (associações de bairro), abrigos e albergues municipais, escolas e creches, dentre outros.

Destaca-se que esses recursos se assemelham aos utilizados no instrumento de coleta de dados desta pesquisa.

Noronha *et al.* (2009) concordam com o que foi dito por Andrade e Bucher (2003) e Celia (1997) que afirmam que esses recursos contribuem para distanciar e diminuir os efeitos causados pela adversidade e proporcionar à comunidade tecnologias de proteção, através da interação, vínculo e de confiança, ou seja, relações “microssociais de promoção em saúde”.

Disto, entende-se como uma abordagem que se trata da resiliência¹, na atualidade, que pode pautar-se no argumento de apoio à superação individual, desconstituída das relações de desigualdades sociais, econômicas e macrossociais do sistema, ou seja, depreciar a realidade desgastante das pessoas (NORONHA *et al.*, 2009).

A estratégia de buscar parcerias, vínculos com outros recursos da comunidade, organismos e instituições sociais podem instituir um grau de responsabilidade entre os distintos setores do meio social para desenvolver ações sócio-educativas, culturais etc. (DYTZ; LIMA; ROCHA, 2003).

Paula, Palha e Protti (2004) referem que não é possível solucionar todos os problemas através de apenas um setor social. É por esse motivo que estratégias que se fundamentam na transdisciplinaridade, intersetorialidade e interdisciplinaridade têm surgido como alternativas para a resolução dos problemas das populações.

A intersetorialidade remete à idéia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais, ou seja, uma forma inovadora de abordar os problemas sociais. Nesse processo, há a garantia de acesso igualitário, o que torna a população sujeito e não objeto de intervenção, que assume um papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e na sua solução.

A escola pode ser um grande aliado na luta pela melhoria da saúde de uma comunidade, tendo como público alvo tanto crianças e adolescentes como seus pais, professores, assistentes pedagógicos, diretores e demais funcionários que atuam neste estabelecimento.

Os resultados em educação e saúde das crianças e dos jovens podem ser influenciados de forma positiva quando trabalhadores da saúde e educadores atuam em articulação com outros membros da escola e da comunidade. A promoção da

¹ Resiliência é caracterizada pela capacidade humana em responder, de forma positiva, as adversidades de vida cotidiana ao longo do desenvolvimento de seu ciclo de vida, resultado da combinação entre as características do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural. Trata-se de um conceito que, potencialmente, tem-se destacado em termos de prevenção e promoção da saúde das pessoas, porém, ainda é permeado de incertezas e controvérsias (NORONHA *et al.*, 2009).

saúde gera uma melhor saúde e aprendizagem. Tal fato é benéfico e influencia positivamente e dá suporte uns aos outros, tanto a curto, como em longo prazo (GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2006).

Em situações que envolvem os agravos com maior incidência na infância e adolescência, como a violência, drogas, etc., essas faixas etárias precisam estar priorizadas por ações de promoção e prevenção da atenção básica à saúde, e ainda pela preocupação com as crianças nos primeiros anos de vida. Para o incentivo dessas ações também voltadas para a atenção ao adolescente que pouco procura atendimento nas unidades, estratégias que envolvam atividades em grupos educacionais, em locais por eles frequentados, como escolas, igrejas, as instituições não governamentais, clubes, praças, etc. podem ser uma boa alternativa de sucesso (ALMEIDA, 2008).

É necessária parceria entre as instituições de educação, a gestão e os serviços de saúde para o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da saúde, com enfoque na atenção básica à saúde, centrado na investigação das necessidades da comunidade, essencial para a atenção à saúde com qualidade e resolubilidade.

Projetos financiados pelo Governo Federal como o apoio às instituições de educação superior e os municípios como o (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Nacional de Telessaúde e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Estes projetos visam uma reorientação na formação dos profissionais voltados para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, bem como, a capacitação permanente dos profissionais da atenção básica, priorizando o enfoque da atenção à saúde conforme as necessidades de cada equipe e o contexto de trabalho.

Quanto à rede de atenção à saúde mental estruturada na ESF, nos CAPS/NAPS e quando necessária no atendimento hospitalar, são importantes para estabelecer o diálogo, referência e contra-referência. Cabe às equipes interdisciplinares buscar romper com as estruturas de responsabilidade individual para a co-responsabilidade entre os três níveis de complexidade, bem como fornecer apoio e ajuda ao indivíduo e sua família na resolução de seus problemas (MUNARI et al., 2008).

As ações de saúde mental devem estar articuladas com a ESF, na qual os profissionais e gestores precisam oferecer assistência de qualidade e resolutiva no atendimento a esta demanda, apoiada, comprometida com os recursos tecnológicos inovadores na comunidade e restabelecimento do SUS (MUNARI et al., 2008).

Figueiredo e Furlan (2008) destacam que ainda é difícil integrar as práticas intersetoriais no “micro” das relações através do contato do portador de transtorno mental e a elaboração de um projeto terapêutico, no raciocínio clínico e na condução de ações de saúde na unidade local, entre outros processos. Realizar um trabalho em rede com vistas a desligar do atendimento individual e curativo, na maioria das vezes, medicamentoso, para novas possibilidades de respostas construídas pelas pessoas envolvidas nestas situações.

Embora sejam complexas, as relações intersetoriais podem ser alcançadas mediante esforços das equipes de saúde, setor político e comunidade com vistas à integralidade e, conseqüentemente, à promoção da saúde mental.

6.2.8 Ações para soluções dos problemas em saúde mental na ESF

O projeto terapêutico apresentado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006) e evidenciado na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau (1991) contempla ações voltadas para solução dos problemas dos portadores de transtorno mental apresentadas no item 4.5 da metodologia.

Estas ações são desenvolvidas em coletivo pela equipe com a participação do indivíduo, com a finalidade de ajudá-lo a restabelecer suas relações afetivas e sociais, procurando valorizar sua capacidade de intervenção no cotidiano (PEPLAU, 1991; MINAS GERAIS, 2006).

Dentre estas ações, a mais mencionada pela maioria dos participantes deste estudo foi o encorajamento do autocuidado.

Em relação ao tratamento do portador de transtorno mental, direciona, de forma diferenciada, ações voltadas para a sua individualidade, participação deste em seu tratamento, valorização e estimulação do autocuidado. Através do acolhimento, o profissional adquire espaços que contribuem para a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, ou seja, desenvolvem condições

que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação do mesmo (VILLELA; SCATENA, 2004).

Em casos onde a equipe de saúde da família depara-se com indivíduos que recusam a buscar ajuda no serviço, encontrando-se em situação grave e crônica, como por exemplo, há muitos anos não sai de casa, passa a maior parte do tempo trancado no quarto, não cuida de sua higiene e de sua aparência, e assim por diante. Nestes casos, a intervenção dessa equipe, juntamente com a equipe de saúde mental, faz-se necessária, visando o contato com a família para buscar informações sobre a situação e a história do portador de transtorno mental, estabelecendo o vínculo, por meio de uma visita domiciliar. É comum que estes se recusem a receber os profissionais e demonstrem desinteresse pelo diálogo. Contudo, é preciso constituir, aos poucos, uma referência para o indivíduo e sua família (MINAS GERAIS, 2006).

As ações para a solução dos problemas em saúde mental configuram-se em um trabalho coletivo que busca a promoção da saúde mental e requer pensar no ambiente terapêutico e no relacionamento interpessoal, sendo responsabilidade da equipe interdisciplinar. Por outro lado, a responsabilidade do sujeito pela sua saúde, ou seja, a co-participação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado (PEPLAU, 1991; VILLELA; SCATENA, 2004).

Neste contexto, faz-se importante que as equipes da ESF adquiram noções básicas de saúde mental, para buscar soluções dos problemas nessa área. O trabalho em equipe nestas ações surge como uma prática potencializadora, principalmente na prática comunitária e como instrumento de informação, orientação e reflexão que pode ajudar na desconstrução de uma idéia estigmatizada acerca dos transtornos mentais.

A maioria dos enfermeiros que participaram deste estudo destacou, também, as ações de orientações aos portadores de transtorno mental quanto às soluções dos problemas; a capacidade para lidar com os seus problemas; diminuir as sensações de desesperança do indivíduo e articular ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental, apresentado no item 5.2.8 da apresentação dos resultados.

É preciso trabalhar com cada pessoa as dificuldades com que se depara e que “aprisionam sua vida” em uma relação estreita. Escutar o indivíduo em sua queixa que traduz um problema emocional; acompanhar e procurar refletir com ele

os motivos desse problema e maneiras de enfrentá-lo (PEPLAU, 1991; MINAS GERAIS, 2006).

Evitar o quanto possível o recurso dos psicofármacos, e, quando necessário, realizá-lo de forma criteriosa; não impor que o mesmo deixe, de um dia para o outro, de utilizar o medicamento que sempre usou, mas ponderar os riscos e as desvantagens desse uso. Dessa maneira, é um acompanhamento que as equipes da ESF sabem e podem conduzir (MINAS GERAIS, 2006).

Cardoso, Loyola e Oliveira (2008) afirmam que as equipes de saúde da família devem atuar na comunidade na busca ativa de pessoas com possibilidades de desenvolverem os problemas mentais, intervindo o mais precocemente no processo de adoecimento destas pessoas. Reconhecer que a proximidade com agentes produtores de estresse e a falta de suporte social pode ocasionar um mau funcionamento social ou a falta de controle da situação que pode, ou não, evoluir para uma doença mental.

Assim, torna-se importante aumentar os entendimentos quanto aos potenciais agentes causadores de estresses e conhecer as possíveis alternativas de enfrentamento da capacidade do paciente e do grupo para a solução de problemas, as habilidades interpessoais, a esperança e a autoestima (PEPLAU, 1991).

A saúde mental é abordada no cotidiano do indivíduo, no seio familiar e dentro da comunidade. É necessário o apoio e a assistência da ESF para uma atenção integral aos portadores de transtorno mental, uma vez que estão inseridos em sua área de abrangência (MINAS GERAIS, 2006).

É essencial que a equipes da ESF desenvolva em conjunto com os serviços especializados em saúde mental (CAPS, ambulatórios e outros), apesar de apresentarem características diferentes, porém complementares, ações na comunidade que se potencializem quanto a uma melhor aceitação do portador de transtorno mental (MINAS GERAIS, 2006).

Scóz e Fenili (2003) destacam-se as possibilidades de articulação desses serviços especializados em saúde mental para o desenvolvimento em conjunto de ações voltadas para capacitação e supervisão das equipes da ESF; intervenções da equipe em conjunto com os familiares e estreitamento de vínculos como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; criação de uma equipe volante de saúde mental para o desenvolvimento das ações junto à ESF.

Entretanto, esse processo caminha lentamente nas mudanças institucionais, os profissionais encontram dificuldades para interagir, concretizar no território, nas redes de conflitos interpessoais geradas nas políticas de abandono do sujeito. Isso se atribui ao pouco planejamento local e distrital, etc. Contudo, é preciso definir estratégias que vão ao encontro de alternativas políticas e técnico-profissionais, na área de saúde e distrito sanitário. Assim, pode ser possível a superação dessas dificuldades, às vezes, ditas estruturais (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004).

6.2.9 Sinais e/ou sintomas que os enfermeiros consideram indicativos de autonomia do usuário na ESF

Mais uma vez, o autocuidado é ressaltado pelos participantes do estudo que consideram como um indicativo de que o portador de transtorno mental adquiriu autonomia² do serviço.

Na saúde mental, a autonomia pode ser entendida como o momento em que o sujeito passa a lidar com seus problemas de modo a requerer menos dispositivos assistenciais do próprio serviço e da relação social mais próxima (familiares, vizinhos, amigos, etc.), mantendo-se numa rede de interações que possibilitam viver em comunidade na construção de suas próprias normas (MOREIRA; ANDRADE, 2003).

O cuidado contínuo e o autocuidado são reconhecidos como ações indispensáveis para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar do portador de transtorno mental. Cabe a ele o direito, a responsabilidade e a participação em seu tratamento, junto com a família e com o apoio dos profissionais de saúde (KINOSHITA, 1996).

Orem (1991) define o autocuidado como a prática de atividades que são iniciadas e executadas pelos indivíduos para o seu próprio benefício, manutenção da vida e do bem-estar.

Dessa maneira, reconhecer suas habilidades para o seu próprio cuidado proporciona satisfação no cuidado das atividades cotidianas, um novo olhar direcionado para o seu tratamento psiquiátrico. As atividades ocupacionais e o

² A autonomia é definida como a capacidade de tomar decisão, comando e independência de realizar algo com seus próprios meios (FARO, 2001).

trabalho permeiam-se através das relações interpessoais, a possibilidade dos sujeitos de interação e reintegração social no seu ambiente (PEPLAU, 1991; MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Assim, nem sempre os portadores de transtornos mentais conseguem lidar com os seus problemas e reunir condições necessárias para participar, ativamente, das decisões do seu tratamento (PEPLAU, 1991).

Pode-se destacar, então, que é necessário o apoio familiar para incorporar parâmetros físico-funcionais, emocionais e sociais. Dar ênfase à intervenção compartilhada e reconhecer os limites e as potencialidades, respeitando, por base, a autonomia da pessoa (FARO, 2001).

Neste contexto, a autonomia é definida de forma relativa, que não depende apenas do indivíduo, mas de outros fatores resultantes do contexto cultural, político, das organizações e instituições em que está inserido, das suas próprias características, de sua capacidade para lidar com os conflitos e estabelecer contratos e compromissos com as outras pessoas (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Observa-se que há necessidade de os enfermeiros, juntamente com os outros profissionais da ESF, adequarem e reorganizarem a assistência, potencializando e capacitando os usuários, bem como a família, para o autocuidado, identificando, através do seu nível de dependência, suas capacidades presentes, seu potencial remanescente que pode não estar sendo reconhecido pelo próprio indivíduo e muito menos por aqueles envolvidos em seu cuidado (FARO, 2001).

Os outros dados encontrados neste estudo que foram ressaltados pelos enfermeiros como o equilíbrio emocional dos usuários, bem como a importância de lidar com seus problemas pessoais e sua adesão correta da medicação reforça a responsabilidade dos enfermeiros e os outros profissionais da ESF para a efetivação dos cuidados em saúde mental.

Estes cuidados são necessários ao restabelecimento da saúde mental e à inserção social do portador de transtorno mental em atenção às atividades de vida cotidiana, como o autocuidado, os laços familiares, a participação social e a conduta terapêutica medicamentosa.

O cuidado do tratamento na saúde mental é entendido por estes indivíduos como possibilidade de obter medicação, suporte nas atividades da vida prática, e como condição básica de tratamento psiquiátrico. Assim, estas atividades incluem a

alimentação, higiene, repouso e organização do espaço doméstico, permitindo a adesão significativa da medicação (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

O uso dos psicofármacos possibilitou, para algumas famílias, manter seus parentes em casa, a recuperação do trabalho e o retorno à vida produtiva na comunidade dos portadores de transtorno mental (SALLES; BARROS, 2009).

É preciso que haja uma reorganização de todo o sistema. Para isso, é preciso disponibilizar medicamentos psicotrópicos e treinar os trabalhadores de saúde. Os veículos de divulgação em massa e as campanhas de conscientização do público podem ser efetivos na redução do estigma e da discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Cabe aos enfermeiros monitorar os efeitos colaterais e as demais respostas fisiológicas do sujeito ao iniciar o tratamento com medicação psicotrópica. Para isso, é necessário conhecimento acerca do seu uso e efeitos desejados, adversos ou tóxicos e as contra-indicações, bem como da conduta adequada e dos cuidados essenciais para cada caso. Tal qual a importância de ajudar o portador de transtorno mental a reconhecer com um agente ativo nesse processo e a necessidade de assumir a responsabilidade pela eficácia do seu tratamento (SALLES; BARROS, 2009).

O tratamento destes indivíduos pressupõe a necessidade de um projeto individualizado e coletivo com possibilidades, ao longo do processo, de aumentar o seu coeficiente de autonomia, de gerenciamento de suas vidas e a capacidades de escolhas. Há muitas maneiras de abordagem desse tratamento que dependem do perfil dos profissionais e de sua capacitação, assim como da estrutura física do local de trabalho, da cultura regional, políticas públicas e da própria resposta do portador de transtorno mental (SARACENO, 1999).

Porém, ainda se depara com a marginalização e o descaso na política pública em saúde mental. Muitos destes são deixados na rua, em condições precárias, isolados, com o fardo da discriminação e pobreza social. Muitos permaneceram internados por longos períodos nos manicômios, e hoje estão na sociedade, isolados, sem acesso às informações, lazer, saúde e trabalho, sem melhoria da condição de vida com a manutenção do sofrimento (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

Os princípios do SUS defendem a idéia de que é possível estruturar o serviço público para oferecer uma assistência adequada à saúde mental, porém, faz-se

necessária a adequação de recursos financeiros, administrativos, materiais e humanos.

Os serviços alternativos na comunidade, em substituição ao regime de internação, são fundamentais para o processo de desospitalização, porém, aos poucos, vai se tornando realidade. Ainda se depara com as altas dos portadores de transtornos mentais seguidas de várias reinternações no mesmo ou em outros hospitais, pouco tem aumentado o senso de responsabilidade e a participação ativa dos sujeitos, continua alto o índice de abandono dos tratamentos (medicamentosos psicoterápicos), bem como a falta de preparo das pessoas, dos familiares e dos profissionais de saúde (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006).

Diante do exposto referente à literatura e dados encontrados neste estudo, ressalta-se a necessidade de elaborar estratégias para promover o desenvolvimento de habilidades de cada usuário que procura o serviço de saúde, bem como, a capacitação dos profissionais que compõem a ESF, com propostas de ações centradas nas reais necessidades dos indivíduos, estimulando a autonomia do seu cuidado.

Somente com profissionais dispostos, que focalizam suas interações terapêuticas com o propósito de satisfazer as necessidades dos usuários, sabedores das suas ações e limitações será possível desenvolver um trabalho comunitário com mais autonomia, que considere o sujeito como participante e cidadão, seja este na ESF, nas casas dos mesmos, na rua, na praça, na igreja, nos serviços especializados, enfim, em seu espaço de vida.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho abordou a população dos enfermeiros inseridos nas equipes de saúde da família no município de Uberaba-MG, identificando suas características sociodemográficas, profissionais e econômicas, bem como o aperfeiçoamento, a habilidade e as ações em saúde mental realizadas na ESF.

Os resultados obtidos, neste estudo, permitiram as seguintes conclusões que estão apresentadas segundo a sequência dos objetivos propostos.

7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF EM UBERABA-MG

Dentre os achados identificou-se que na população (n=45) predominaram os adultos jovens na faixa etária entre 20 e 29 anos (61%) e média de 31 anos, do sexo feminino (93%), solteiros, (57,8%); não possui filhos, (73,3%), residentes em Uberaba-MG, (93,0%), concluíram a graduação em enfermagem no período entre 1 e 5 anos (73,9%) e média de 4,5 anos, possuíam curso de especialização (77,8%), realizavam curso de aperfeiçoamento (64,4%) e negaram problema de saúde (75,6%).

O resultado relacionado ao tempo de experiência na ESF, predominaram os enfermeiros que possuíam de 1 a 3 anos de experiência (60,9%) e média de 3,7 anos. Obteve-se resultado semelhante para o tempo de atuação na ESF atual, (69,6%) e média de 3 anos.

Em relação ao trabalho na ESF, a maioria relatou possuir apenas um vínculo empregatício (55,6%), satisfeitos com o trabalho (55,6%), renda mensal na ESF e à renda mensal bruta entre R\$ 1.660,00 e R\$ 3.315,00; (78,3%) e (65,2%).

A maioria dos enfermeiros afirmou não possuir formação específica em saúde mental, (60%), dentre os que possuem qualificação realizaram apenas cursos de atualização e (68,9%) sentem-se despreparados para lidar com a saúde mental na ESF.

7.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESF

O acolhimento aparece como a ação mais realizada pela população do estudo, nas seguintes etapas: primeiro contato com o usuário, 45 (100%); promoção e prevenção em saúde mental na ESF, (84,4%) e ações contínuas em saúde mental na ESF, (77,8%).

As orientações, do mesmo modo, foram ressaltadas nas seguintes etapas: primeiro contato, (62,2%); promoção e prevenção em saúde mental na ESF, (77,8%) e ações para soluções dos problemas dos usuários, (64,4%).

O apoio familiar foi citado pelos enfermeiros nas seguintes etapas: promoção e prevenção em saúde mental na ESF, (60,0%) e ações contínuas em saúde mental na ESF, (68,9%).

A escuta, (84,4%); o levantamento das necessidades básicas do usuário, (60%) e atenção à comunicação verbal, (60%) também foram ações enfatizadas pelos enfermeiros, no primeiro contato.

Os comportamentos dos usuários, (86,7%); o nível de conhecimento na área, (64,4%); as experiências anteriores, (62,2%) e a cultura, (60%), foram os fatores ressaltados pelos participantes do estudo e que podem influenciar a relação do enfermeiro com o usuário na ESF, no primeiro contato.

Os enfermeiros estudados relacionam a saúde mental com o bem-estar biopsicossocial e o equilíbrio emocional (46,1%); à relação com o convívio social e familiar (22,2%) e à relação com a doença mental (15,9%).

A educação em saúde, (68,9%), e atividade física, (53,3%), também são ações que foram citadas pelos enfermeiros para a promoção e prevenção em saúde mental na ESF.

A visita domiciliar, (80%); o encaminhamento, (66,7%), e o acompanhamento medicamentoso, (53,3%), ainda foram ressaltados, pelos enfermeiros, como ações realizadas contínuas em saúde mental na ESF.

A dependência química, (88,9%), e as perturbações do humor, (64,4%), foram os transtornos mentais mais destacados pela população do estudo em sua área de abrangência da ESF.

A ausência de protocolo para enfermeiro na saúde mental, (75,6%); ausência de capacitação, (57,8%); formação inadequada, (53,3%) e (51,1%), prioridade da ESF frente a outros programas de atenção à saúde foram os fatores mais citados

pelos participantes do estudo como aqueles que podem dificultar as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF.

Em relação aos recursos e/ou serviços que possam servir de apoio à ESF para desenvolver ações de saúde mental na comunidade, os mais apontados pelos sujeitos da pesquisa foram as escolas, (64,4%); as praças, (55,6%), e igrejas, (33,6%).

O autocuidado, (82,2%); diminuição das sensações de desesperança, (57,8%); análise da capacidade para lidar com os problemas, (53,3%), e a articulação de ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental, (51,1%), aparecem como ações que os enfermeiros e equipe buscam para soluções dos problemas em saúde mental na ESF ressaltadas pela população do estudo.

O autocuidado, (75,6%); equilíbrio emocional usuário e família, (75,6%); autoestima, (75,6%); lidar com seus problemas pessoais, (73,3%) e adesão correta à medicação, (66,7%); foram destacados pelos participantes do estudo como sinais e sintomas e sintomas indicativos de que o usuário adquiriu autonomia do serviço.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado do enfermeiro na atenção básica apresenta-se como uma prioridade, cada vez maior e mais complexa na ESF, estendendo-se além dos muros das unidades de saúde; procurando romper com o modelo hegemônico da doença, preocupando com a promoção da saúde dos indivíduos, famílias, comunidades e outras instituições sociais.

Nesta perspectiva, destaca-se a possibilidade de os enfermeiros oferecerem aos portadores de transtorno mental que buscam sua ajuda, ações em saúde mental com mais autonomia e cidadania, como de sua competência, um saber prático e promover novas relações com o transtorno mental.

A compreensão mais ampla e integral do trabalho do enfermeiro, na ESF, permite propor ações em saúde mental centradas nas reais necessidades do portador de transtorno mental, favorecendo o estabelecimento de condutas que atendam à população de forma efetiva. Este modelo de atenção à saúde proporciona um melhor acompanhamento destes indivíduos.

Considera-se que, apesar da dificuldade e do despreparo relatados pelos enfermeiros, para lidarem com a saúde mental na ESF, e por não possuírem formação específica na área, os resultados do estudo mostram que os enfermeiros realizaram ações em saúde mental, mesmo que de uma maneira não sistematizada, em todas as etapas estabelecidas por este estudo.

Essas ações configuram-se como algo possível na assistência do enfermeiro em saúde mental voltada para o acolhimento, a escuta, as orientações, o apoio familiar, a educação em saúde, a visita domiciliar e o acompanhamento medicamentoso. São atitudes essenciais para a interação do enfermeiro-usuário, para a promoção e prevenção, do mesmo modo que a articulação e implementação das ações do enfermeiro, juntamente com os outros profissionais na ESF.

Entretanto, observou-se, na pesquisa, que algumas ações não foram destacadas como significativas pelos enfermeiros, como a comunicação não verbal no primeiro contato, as ações voltadas para os grupos terapêuticos e o genograma familiar para a promoção e prevenção em saúde mental, ou no acompanhamento contínuo na ESF.

O primeiro contato é um momento em que se estabelece a qualidade da relação enfermeiro-usuário, o qual irá permear a toda a assistência de enfermagem prestada. Alguns pontos devem ser observados para maior eficiência do cuidado. O indivíduo deve estar confortável, deve-se permitir que ele se expresse plenamente usando uma linguagem compatível com o nível cultural do mesmo e estar atento para a comunicação não verbal.

Os dados encontrados neste estudo reforçam a necessidade de elaborar estratégias para promover o desenvolvimento de habilidades para atenção à comunicação não verbal do enfermeiro com o usuário que procura atendimento na ESF.

Acredita-se que o estabelecimento da comunicação não verbal não seja um procedimento fácil de ser levado em conta no primeiro contato, devido aos aspectos culturais, crenças e valores de cada pessoa. Por isso, a importância de realizar estudos que busquem observar, na prática, a realização desta modalidade de comunicação, através da interação do enfermeiro com o portador de transtorno mental na ESF.

Peplau (1991) cita que este processo existe como resultado de um empreendimento humano, e não como um fenômeno natural. Ele é aprendido, e não instituído. É isto que torna importante a relação enfermeiro, indivíduo e trabalho em equipe multiprofissional, resultando em um planejamento dos cuidados com qualidade e promoção da saúde mental, durante todo o processo terapêutico.

A enfermagem aproxima o conhecimento individual da habilidade profissional a qual deve buscar um amadurecimento do relacionamento interpessoal que pode ser fornecido na atenção primária como uma forma eficaz de ajudar os portadores de transtorno mental.

Parece evidente que, quanto mais experiência o enfermeiro tiver na mesma equipe, mais subsídio terá para desenvolver suas ações permeadas para o levantamento das necessidades básicas dos portadores de transtorno mental, família e comunidade, bem como conhecimento da área adstrita, o que facilita a promoção de programas de saúde.

Portanto, o presente estudo vem reforçar a consolidação das propostas de educação e promoção da saúde, a valorização dos enfermeiros, bem como dos outros profissionais de saúde por meio de estímulo e acompanhamento constantes de sua formação e capacitação na atenção primária (BRASIL, 2007).

Dentre as funções do enfermeiro, preconizadas pelo Ministério da Saúde para a ESF, ressalta-se a atenção para a organização de ações voltadas para os diversos grupos sociais de patologias específicas como a atenção à saúde mental (BRASIL, 2001c).

Dessa maneira, para atender às necessidades identificadas neste estudo propõe-se:

- ✓ A elaboração de manuais e protocolos em saúde mental na ESF que contemplem as práticas de promoção à saúde mental através de grupos terapêuticos, grupos abertos de acolhimento, oficinas laborais, dentre outros, bem como práticas que visam à humanização e à comunicação interpessoal da equipe, usuário, família e comunidade.
- ✓ Investimentos na formação e capacitação dos enfermeiros em saúde mental.
- ✓ Reorganização do planejamento dos diferentes programas propostos em que a saúde mental possa ser implementada e programada com eficácia.
- ✓ O envolvimento da família e /ou membro significativo no programa de educação em saúde e participação no tratamento, tornando-o um colaborador no cuidado ao portador de transtorno mental.
- ✓ Sensibilização dos enfermeiros e da equipe para o relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica, através de práticas de capacitação em saúde mental (BRÊDA; AUGUSTO, 2003).
- ✓ Articulação, junto aos serviços de saúde e sociais (escola, igreja, etc.) para a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais em espaços sociais (BRÊDA; AUGUSTO, 2003).
- ✓ Integração da saúde mental nas diversas atividades de grupos (caminhadas, ginástica, salas de espera, oficinas, dentre outras).
- ✓ Promoção de ações como: palestras, debates, atividades artísticas que visam discutir os aspectos relacionados ao uso de álcool/drogas, violência, isolamento social, entre outros.
- ✓ Realização do genograma como um importante instrumento na caracterização e cadastramento das famílias na ESF visando ações de promoção à saúde da comunidade e prevenção de agravos (WENDT; CREPALDI, 2008).
- ✓ Os profissionais devem organizar a agenda de atividades na ESF que tenha alguma mobilidade para introduzir intervenções breves na crise para quem necessitar. Essas intervenções podem ser acompanhadas em visitas

domiciliares, no atendimento aos familiares e em outras ações necessárias (CAMPOS; GAMA, 2008).

Os resultados deste estudo trouxeram informações para incentivar o desenvolvimento do projeto terapêutico em parceria com o portador de transtorno mental, como uma forma para se chegar à resolução dos problemas que afetam o indivíduo, a família e a comunidade, valorizando sua autonomia, a interação com as pessoas e a comunicação.

Nota-se que a produtividade ainda é vista como sinônimo de eficácia, a partir de dados quantitativos e estabelecimento de metas em relação ao atendimento e não se tem como avaliar indicadores voltados para a escuta, orientação, autonomia e a integralidade do sujeito, condutas terapêuticas, consideradas fundamentais no trabalho e na promoção da saúde.

Porém, o grande desafio é envolver o indivíduo no seu tratamento, apoiá-lo de acordo com suas habilidades e capacidade funcional, bem como na resolução dos seus problemas de saúde.

Deste modo, vale ressaltar que os enfermeiros são levados a uma séria reflexão ética, juntamente com toda a sua equipe, sobre o importante papel que devem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

Verificou-se que a prática, frente às transformações na assistência, tem apontado para novas posturas profissionais na saúde mental, bem como para a aquisição de conhecimentos, além daqueles adquiridos nos cursos de graduação.

Entende-se que as atividades de promoção e prevenção em saúde mental na ESF é um desafio aos enfermeiros, pois se propõe um atendimento equitativo em saúde e ações que visam estratégias renovadas à promoção do bem-estar das pessoas, de acordo com as reais necessidades populacionais.

Os enfermeiros devem ser estimulados a desenvolver habilidades para atuarem junto aos portadores de transtornos mentais e de seus familiares na ESF, mediante o processo educativo, desde o diagnóstico. Porém, na identificação de qualquer dificuldade para o desempenho das ações, o enfermeiro deve solicitar a presença de um profissional especializado na área ou ter subsídio para o encaminhamento ao serviço especializado, em conjunto com os outros profissionais da equipe de saúde da família.

Diante dos resultados da pesquisa, conclui-se que a melhor postura e conduta é a de apoiar a inserção do enfermeiro especialista em saúde mental na equipe matricial para a capacitação, articulação com os serviços especializados, realização de ações para o planejamento, discussão dos casos clínicos com os enfermeiros generalistas e equipe multidisciplinar, devido às habilidades deste profissional para a comunicação e relacionamento interpessoal com a equipe (SOARES, 2008).

Neste contexto, verifica-se a possibilidade, através da interação entre os profissionais da ESF e a equipe matricial, da promoção do diálogo entre os membros do grupo, da atualização de conhecimentos, integrando-os com a prática e o desenvolvimento de habilidades para a resolução de problemas que possam surgir obtendo, desta forma, confiança mútua entre os componentes do grupo com que se trabalha.

A ESF, ainda hoje, é considerada uma estratégia de desafio entre os profissionais de saúde devido ao seu enfoque centrado na atenção na promoção da saúde do indivíduo inserido na comunidade e, por ser tratar de um programa que pode ampliar o trabalho bem como aprimorar o horizonte profissional por se tratar de uma experiência nova, com enfoque generalista e inovador na carreira do profissional em saúde.

Com base nas considerações elaboradas nesse estudo, destaca-se a grande contribuição da Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem proposta por Peplau (1991) para a prática profissional, bem como sua aplicação nos grupos terapêuticos, como em outras ações dos enfermeiros em saúde mental na ESF.

Esta teoria avança ao propor um cuidado de enfermagem na comunidade, ou seja, no território do indivíduo, fora do ambiente hospitalar, em uma época na qual o tratamento se restringia ao âmbito hospitalar (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

Diante do exposto, espera-se que este estudo subsidie ações que possam contribuir na elaboração de estratégias que favoreçam os enfermeiros nas ações de promoção da saúde mental para melhoria de sua assistência junto aos portadores de transtornos mentais na ESF.

Além disso, frente à existência de estudos complementares a este que devem ser realizados instigando a formular mais questões, abrindo possibilidades para novas indagações e continuidade da linha de pesquisa.

9 REFERÊNCIAS³

- 1 AKERMAN, M. et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: SOUSA, G. W. C. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 123-147.
- 2 ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.
- 3 ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- 4 ALMEIDA, P. V. B. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situação e perspectivas. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 346-367.
- 5 ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.
- 6 AMARANTE, P. Cidadania e Reforma Psiquiátrica. In: MELLO, E.; SOUZA, M. C.; COSTA, M. C. S. (Org.). **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/ FIERP, 2005. p. 125-133.
- 7 _____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- 8 _____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 163-185.
- 9 _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- 10 _____. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, LAPS, 2008.
- 11 ANTUNES, M. J. M.; EGRRY, E. Y. O Programa Saúde da Família e reconstrução da atenção no SUS: a Contribuição da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 54, n. 1. p. 98-107, jan./mar. 2001.
- 12 ARAGÃO, T. A. et al. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 395-405, 2009.

³ Baseada na NBR-6023/2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

- 13 ARAÚJO, R. B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.
- 14 ARAÚJO, T. M. de. et al. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em Residentes de áreas urbanas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 296-312, jul./dez. 2007.
- 15 ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e privado. 1998. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- 16 BALDI, V. M. **A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal**: análise de uma experiência de grupo. 1992. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.
- 17 BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 12, p. 627-640, 1998.
- 18 BARBOSA, S. de P.; AGUIAR, A. C. de. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.
- 19 BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 20 BARROS, S.; EGRY, E. Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994.
- 21 BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982.
- 22 BELCHER, J. R.; FISH, L. J. B. Hildegard E. Peplau. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 140-153.
- 23 BENEDETTI, D. M.; MACEDO, L. G.; QUERINO, R. A. **Promoção de Saúde: O saber e o fazer das equipes saúde da família de Uberaba/MG**. Uberaba: Universidade de Uberaba, 2006.
- 24 BERLINGER, G. **Questões de vida**: ética, ciência e saúde. Salvador: APCE, 1993.
- 25 BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e Reforma**

- Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.
- 26 BOUSSO, R. S; ANGELO, M. A enfermagem e o cuidado na Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p. 18-22.
- 27 BUCHELE, F. B. et al. Interface da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.
- 28 BUSS, P. M. Promoção à saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- 29 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 06 de outubro de 1988. Seção II, Artigo 196. p. 97. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03?constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 04 ago. 2009.
- 30 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. de 1990a. Seção I, p. 18055.
- 31 _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez. de 1990b. Seção I, p. 25694.
- 32 _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001b. Seção I, p. 2.
- 33 _____. Lei nº 11.944, de 28 de maio de 2009. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de fevereiro de 2009, conversão da Medida Provisória n. 456, de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de maio 2009c. Seção I, n. 101, p.3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11944.htm>. Acesso em: 01 jun. 2009.
- 34 BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- 35 _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, ano V, n. 2, supl. 3, abr./jun. 1996b.
- 36 _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 333, de 04 de novembro

de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revogada as Resoluções 33/1992 e a de nº. 319/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 dez. 2003a.

- 37 _____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 29 mar. 2009.
- _____. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000a.
- 38 _____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c.
- 39 _____. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2009b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 14 set. 2009.
- 40 _____. **Guia de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.
- 41 _____. **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil**: Brasil e grandes regiões. Brasília, DF: MS, 2000c.
- 42 _____. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>. Acesso em: 20 jun. 2009.
- 43 _____. **Pólo de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- 44 _____. Portaria nº. 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf. Acesso em: 08 abr. 2008.
- 45 _____. Portaria N°. 648 de 28, de março de 2006. Aprova a Política Nacional de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 61, 29 de mar. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.
- 46 _____. Portaria nº. 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996a.

- 47 _____. **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.
- 48 _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- 49 _____. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003 – 2006.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- 50 _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c.
- 51 _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.
- 52 _____. Secretaria de Atenção a Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, DF: OPAS; Ministério da Saúde, 2005.
- 53 _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. Núcleo integrador. **Planejando uma prática pedagógica significativa em Enfermagem.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. (Caderno 10).
- 54 _____. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b.
- 55 _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2008.
- 56 BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 25-35, jan./abr. 2003.
- 57 BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.
- 58 BRITO, D. M. S. et al. O cuidado de enfermagem em uma criança com diabetes mellitus tipo 1: um relato de experiência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 98-112, abr. 2006.
- 59 CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos

- trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.
- 60 CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- 61 CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 132-153.
- 62 CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 221-246.
- 63 CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, ano/v.1, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 10 set. 2009.
- 64 CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. O discurso de Peplau e o discurso atual: uma compreensão sobre o cuidado de enfermagem e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: LUIS, M. A. V. (Org.). **Os novos velhos desafios da Saúde Mental**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008. p. 137-149.
- 65 CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os Princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 718-724, dez. 2006.
- 66 CARLINI, E. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Páginas e Letras, 2007.
- 67 COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 96-131.
- 68 COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.
- 69 COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p.12-25, maio/ago. 2001.

- 70 COUREY, T. J. et al. Hildegard Peplau's Theory and the Health Care Encounters of Survivors of Sexual Violence. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, Maryland Heights, v. 14, n. 2, p. 136-143, 2008.
- 71 COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve histórico da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 78-80, p. 49-59, 2008.
- 72 CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: reflexões, conceitos, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- 73 DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- 74 DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem**: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- 75 DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 15-24, jan./abr. 2003.
- 76 ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.
- 77 ESPINOSA, A. M. F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: MC Graw-Hill, 2002.
- 78 FARO, A. C. M. Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p. 137-140.
- 79 FIGUEIREDO, N. M. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.
- 80 FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na promoção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 154-178.
- 81 FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.
- 82 FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

- 83 FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na Enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
- 84 FUREGATO, A. R. F.; MORAIS, M. C. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Programa de atualização em Enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 45-72.
- 85 GALDURÓZ, J. C. F. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas**: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002.
- 86 GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- 87 GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no Município de Campos**: renovação ou reprodução do modelo assistencial. 2001. 189 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- 88 GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia/Casa do Psicólogo, 2007.
- 89 GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRÁLIA. **Health promotion**: better health, better learning. Guidelines for health promotion with schools and preschools. Australia: Government of South Australia, 2006. Disponível em: <<http://www.a.chsc.org/download/2006/HPguidelines.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2008.
- 90 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados: cidades**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 set. 2009.
- 91 JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.
- 92 KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.
- 93 KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59. (SaúdeLoucura, 10)
- 94 KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num Programa de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 163-

- 169, 2006.
- 95 LABOSQUE, A. M. et al. Capacitação em saúde mental para profissionais do Programa de Saúde da Família: uma experiência em curso. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 4, n. 6, p. 35-50, 2005.
- 96 LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.
- 97 LANCETTI, A. A saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F. **SaúdeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 11-52. (SaúdeLoucura, 7).
- 98 LUCHESE, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. Enfermagem 2005. 280 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- 99 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. 159-170, jul./dez. 2003.
- 100 MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.
- 101 MARTÍN, F. H. et al. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. **Cultura de Los Cuidados**. Revista de Enfermería y Humanidades, Valencia, año 1, n. 2, 1997. Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf>. Acesso em: 16 ago 2009.
- 102 MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. p. 39-64.
- 103 MEDEIROS, M.; TIPPLE, C. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia v. 1, n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>>. Acesso em: 11 jul. 2008.
- 104 MELLO, M. T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 197-207, 2005.
- 105 MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. (Mimeo).

- 106 MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- 107 MENDES, I. J. M.; NETO, A. B.; PEREIRA JUNIOR, J. A. Perspectiva de ampliação das funções da unidade básica de saúde: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1 p. 119-129, 1996.
- 108 MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. **The British Journal of General Practice**, London, n. 52, S9-S13. Oct. 2002.
- 109 MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: um estudo avaliativo. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- 110 MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 2, p. 42-64, 1994.
- 111 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.
- 112 MOK, E.; CHIU, P. C. Nurse–patient relationships in palliative care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 5, p. 475-483, 2004.
- 113 MOLL, M. F. **A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto, 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.
- 114 MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 228-233, 2006.
- 115 MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 249-266, 2003.
- 116 MORRONDO, P. N. Promoción de la Salud. In: MORENO, S. et al. (Org.). **Enfermería Comunitaria**. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000. p. 141-153.
- 117 MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 04-13, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/cuidado.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- 118 MOUTINHO, E. C. V. S.; LOPES, G. T. Enfermeiro do Programa Saúde da

Família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 51-57, jan./mar. 2008.

- 119 MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- 120 NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.
- 121 NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.
- 122 OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2007.
- 123 OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003.
- 124 OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, 2004.
- 125 OLIVEIRA, F. B. **Construção dos centros de atenção psicossocial do Ceará e a invenção das práticas: ética e complexidade**. 1999. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- 126 OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p. 247-272.
- 127 OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA, E. M. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 10, n. 3, p. 405-413, 2008.
- 128 OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4. ed. St Louis: Mosby, 1991.
- 129 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. **Classificação Estatística**

- Internacional das doenças e problemas relacionados a saúde.** 10. rev. (CID-10). São Paulo: EDUSP, 1997.
- 130 _____. **Relatório sobre a saúde do mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS, 2001.
- 131 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Sistema de Estrategia Salud basados en la Atención Primaria de Salud:** estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington: OPAS, 2005.
- 132 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La introducción de un componente de Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud.** Ginebra: OPAS/OMS, 1990.
- 133 _____. **Las condiciones de salud en las Americas.** Ginebra: OPAS/OMS, 1994.
- 134 _____. Programa de Salud Mental. División de Promoción de Salud. **Modelo para la capacitación de la enfermera general en identificación y manejo de los trastornos afectivos.** Washington: OPAS, 1999.
- 135 PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 15, v. 8, p. 331-348, mar./ago. 2004.
- 136 PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- 137 PEPLAU, H. E. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. **Nursing Science Quarterly**, Baltimore, v. 5, n. 1, p. 13-18, 1992.
- 138 _____. **Interpersonal relations in nursing.** 1. reimp. New York: Springer, 1991. (Reimpressão da edição original de 1952)
- 139 _____. **Relaciones interpersonales en enfermería:** un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.
- 140 _____. Talking with patients. **American Journal of Nursing**, New York, v. 60, n. 7, p. 964-966, 1960.
- 141 _____. The nurse in community mental health program. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 13, n. 11, p. 68-70, 1965.
- 142 _____. Toward a new concept in nursing and nursing education. **American Journal of Nursing**, New York, v. 51, n. 12, p. 722-724, 1951.

- 143 PEREIRA, M. A. O. et al. Inserção da Saúde Mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n.1, p. 59-64, jan./mar. 2008.
- 144 PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.
- 145 PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A.. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 377-385, jul./set. 2007.
- 146 PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. In: SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 70, 2009, Brasília, DF. **Enfermagem vale a vida**. Brasília, DF: ABEN, 2009. p. 16-45.
- 147 PITTA, A. M. F. **Sobre uma política de Saúde Mental**. 1984. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.
- 148 POLIT, D. F.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 149 PREFEITURA DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde**. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/>> Acesso em: 01 fev. 2009.
- 150 REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004.
- 151 REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou convicção?. Estudo de caso em município de médio porte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.
- 152 ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.
- 153 ROCHA, R. M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1994.
- 154 RODRIGUES, A. R. F. **A Enfermagem Psiquiátrica: Saúde Mental: prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1999.
- 155 RODRIGUEZ, A.; BRAVO, M. F. La Atención Integral en la comunidad a las personas con trastorno mental grave. In: ASOCIACIÓN ESPANHOLA DE NEUROPSIQUIATRIA. **Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo**. 2003.

- 156 ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- 157 SÁ JUNIOR, A. R.; SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 164-168, 2007.
- 158 SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.
- 159 SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009.
- 160 SALMERON, N. A.; FUCÍBALO, A. R. Programa de Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 25-29, 2008.
- 161 SALOMÃO, V. C. A.; FELICIANO, R. A. F. **Implantação, expansão e consolidação do Programa Saúde da Família no Município de Uberaba**: relato de experiência. Uberaba, 2003. (Mimeo.)
- 162 SANTOS, M. S. S.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M. Vivência e análise de ajuda terapêutica com cliente alcoolista. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 206-210, set./out. 2006.
- 163 SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999. p.111-142.
- 164 SARACENO, C. **Sociologia da Família**. Lisboa: Editorial Presença, 1992.
- 165 SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 71-77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- 166 SHIVES, L. R. **Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing**. 3. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1994.
- 167 SILVA, A. T. M. C. et al. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 411-415, 2005.
- 168 SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em Saúde Mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.
- 169 SILVA, K. L. da. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a

- promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.
- 170 SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed. Gente, 1996.
- 171 SILVEIRA, C. **Enfermeiros de Saúde da Família na cidade de São Paulo**. 2004. Disponível em: <<http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/pdf/RH/enfermeiros.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.
- 172 SILVEIRA, M. R. **A Saúde Mental na Atenção Básica**: um diálogo necessário. 2009. 146 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- 173 SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 174 SOARES, M. H. La inserción del Enfermero Psiquiátrico en el equipo de ayuda matricial de salud mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 12 set. 2009.
- 175 SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 147-160, jan./jun. 2007.
- 176 SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-179, mar./abr. 2005.
- 177 SOUZA, A. J. F. et al. A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007.
- 178 SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.
- 179 STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- 180 STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2ª. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- 181 TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**: Programa Saúde Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.
- 182 TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de Saúde Mental na Atenção Básica:

- caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. p. 477-486, 2009.
- 183 TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da saúde e Vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas: texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF: ISC/ANVISA, 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2009.
- 184 THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- 185 TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.
- 186 TRAVELBEE, J. **Intervention en Enfermeria Psiquiátrica**. Colômbia: Corvajal, 1982.
- 187 VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- 188 VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- 189 VENÂNCIO, J. (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 190 VIANNA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, supl. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/>>. Acesso em: 08 abr. 2008.
- 191 VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção Psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.
- 192 VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A Enfermagem e o cuidar na área de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.
- 193 XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 133-140, mar./abr. 2007.
- 194 WELFER, M.; LEITE, M. T. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para

continuar vivendo. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 148-155, jul./set. 2005.

- 195 WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do Genograma como Instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.
- 196 WHOQOL GROUP BRASIL. **Ficha de informações sobre o respondente**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 16 maio 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

DATA	CÓDIGO

1. Sexo

2. Data de nascimento/idade

SEXO MASC	SEXO FEM
1	2

DATA DE NASCIMENTO E IDADE EM ANOS	
/	/ (..... anos)

3. Cor: _____ 4. Procedência: _____

5. Estado Conjugal

Solteiro(a)	Casado(a)	Vivendo em união	Divorciado(a)	Separado(a)	Viúvo(a)
1	2	3	4	5	6

6. Quantos Filhos você tem?

Nenhum	Um a dois	De três a quatro	Mais de cinco
1	2	3	4

7. Tempo de graduado em enfermagem: () ANOS

8. Há quanto tempo você trabalha na ESF? () ANOS

9. Há quanto tempo você trabalha nesta ESF? () ANOS

10. Nível aperfeiçoamento

PÓS-GRADUAÇÃO		
Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3

11. Atualmente, você está fazendo alguma atividade de qualificação profissional?

1. Sim 2. Não

Caso a sua resposta seja positiva, responda a questão seguinte.

Curso de atualização	Faculdade	Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4	5

12. Quantos vínculos de emprego você tem atualmente, incluindo a ESF?

Um	Dois	Três
1	2	3

13. O quão satisfeito você está com o seu trabalho?

Nada	pouco	mais ou menos	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14. Atualmente possui algum problema de saúde (marcar somente uma, que é a mais relevante para busca de um serviço de saúde).

00	Nenhum problema	10	Problema nervoso crônico ou emocional
01	Problema de coração	11	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)
02	Pressão alta	12	Hemorróidas ou sangramento no ânus
03	Artrite ou reumatismo	13	Doença de Parkinson
04	Câncer	14	Problemas com a gravidez
05	Enfisema ou bronquite	15	Depressão
06	Diabetes	16	Doença de pele
07	Catarata	17	Queimaduras
08	Derrame	18	Problema de álcool ou drogas
09	Osso quebrado ou fraturado		Outros (especificar).....

Fonte: Classificação Estatística Internacional das doenças e problemas relacionados a saúde (CID) 10ª. Revisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

15. Qual a sua renda mensal na ESF (valor bruto)?

R\$ Até 413,00	R\$ de 414,00 a 829,00	R\$ de 830,00 a 1.244,00	R\$ de 1.245,00 a 1.659,00	R\$ 1.660,00 a 3.315,00	R\$ Acima de 3.316,00
1	3	4	5	6	7

16. Do total de empregos (incluindo a ESF), qual a sua renda mensal (valor bruto)?

R\$ Até 413,00	R\$ de 414,00 a 829,00	R\$ de 830,00 a 1.244,00	R\$ de 1.245,00 a 1.659,00	R\$ 1.660,00 a 3.315,00	R\$ Acima de 3.316,00
1	3	4	5	6	7

17. Na área da saúde mental, você está fazendo algum curso ou já realizou?

1. Sim 2. Não

Caso a sua resposta seja positiva, responda a questão seguinte.

Curso de atualização	Especialização	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4

18. Você sente se preparado para lidar com os problemas de saúde mental na ESF?

1. Sim 2. Não

Justifique?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE AÇÕES DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

Este questionário é sobre as ações em saúde mental dos enfermeiros na ESF. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre qual (is) resposta(s) dar em uma questão, escolha, marcando “X”, na(s) alternativa(s) que lhe parecer mais apropriada(s). O número de alternativas a serem escolhidas em cada questão é livre. Este instrumento possui 10 questões e leva cerca de 20 minutos para respondê-lo. Dê sua opinião com tranquilidade, pois você não será identificado.

Muito obrigada por sua ajuda.

QUESTÕES:

1) No primeiro contato do enfermeiro com o usuário, qual(is) a(s) ações que você considera mais importante para estabelecer uma boa relação?

- () A) Acolhimento
- () B) Orientações
- () C) Encaminhamento
- () D) Escuta
- () E) Realização do exame físico
- () F) Levantamento das necessidades básicas do usuário
- () G) Atenção à comunicação verbal
- () H) Atenção à comunicação não verbal
- () I) Nenhuma
- () J) Outros _____

2) Em sua opinião qual(is) o(s) fator(es) que mais influenciam a relação enfermeiro-usuário na Estratégia Saúde da Família?

- A) Cultura
- B) Etnia/cor da pele
- C) Escolaridade
- D) Faixa etária
- E) Gênero
- F) Comportamentos/manifestação do usuário
- G) Experiências anteriores
- H) Nível de conhecimento na área
- I) Ansiedade
- J) Nenhum
- L) Outros _____

3) Qual conceito básico que você tem sobre saúde mental?

4) Quais são as ações de promoção e prevenção em saúde mental que você realiza com os usuários na Estratégia Saúde da Família?

- A) Acolhimento
- B) Orientação
- C) Genograma Familiar
- D) Grupos terapêuticos
- E) Atividades físicas e de lazer
- F) Apoio familiar
- G) Dinâmicas de grupo
- H) Educação em saúde
- I) Nenhuma
- J) Outros _____

5) Quais são os transtornos mentais que mais comumente ocorrem na área de atuação de sua equipe de saúde da família?⁴

- A) Quadro Psiquiátricos Orgânicos - Demência na doença de Alzheimer, Delirium.
- B) Perturbações mentais e comportamentais devidos ao abuso de substância psicoativa – consumo prejudicial de álcool, síndrome de dependência de opiáceos.
- C) Psicoses – Esquizofrenia, Paranóia e Psicose maníaco-depressiva (episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar).
- D) Perturbações do humor (ou afetivas) – perturbação afetiva bipolar e episódios depressivos isolados.
- E) Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos), neurose histérica (transtornos somatomorfos e dissociativos), neurose obsessiva (transtornos obsessivo-compulsivos e episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados).
- F) Perturbações da personalidade e do comportamento do adulto – perturbações paranóicas da personalidade.
- G) Perturbações do desenvolvimento psicológico – perturbações específicas da leitura, autismo infantil.
- H) Perturbações do comportamento e perturbações emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência – perturbações hipercinéticas, perturbações do comportamento e tiques.
- I) Nenhum
- J) Não sei
- L) Outros _____

6) Quais as ações em saúde mental que procura realizar continuamente para contribuir no tratamento dos portadores de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família?

- A) Orientação
- B) Genograma familiar
- C) Encaminhamentos
- D) Apoio familiar
- E) Grupos terapêuticos
- F) Atividades físicas e de lazer
- G) Dinâmicas de grupo

⁴ Fonte: Classificação Estatística Internacional das doenças e problemas relacionados a saúde (CID) 10^a. Revisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

- H) Acompanhamento do tratamento medicamentoso
- I) Visita domiciliar
- J) Nenhuma
- L) Outros _____

7) Para você, o que mais dificulta as ações do enfermeiro em saúde mental na Estratégia Saúde da Família?

- A) Formação profissional inadequada
- B) Falta de apoio dos familiares
- C) Ausência de programa de capacitação em saúde mental
- D) Insegurança e/ou medo
- E) Preconceitos
- F) Prioridade da ESF com outros programas de atenção à saúde
- G) Ausência de um protocolo prático para o atendimento em saúde mental
- H) Dificuldade de comunicação
- I) Nenhuma dificuldade
- J) Outros _____

8) Os itens abaixo são recursos e/ou serviços de apoio que sua equipe dispõe na Estratégia Saúde da Família para desenvolver ações direcionadas à saúde mental. Quais os itens que estão disponíveis para sua equipe?

- A) Escolas
- B) Creches
- C) Igrejas
- D) Associações de bairro
- E) Instituições não-governamentais
- F) Praças
- G) Nenhum
- H) Não sabe
- I) Outros serviços de saúde (UBS, hospitais, CAPS)
- J) Outros _____

9) Qual(is) das seguintes ações abaixo listadas que você e/ou equipe buscam para soluções dos problemas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família?

- A) Fazer o usuário sentir parte integrante da equipe
- B) Analisar a capacidade que o usuário possui para lidar com seus problemas pessoais
- C) Tentar diminuir as sensações de desesperança do usuário
- D) Procurar amenizar a ansiedade com ponto inicial do seu tratamento
- E) Articular ações terapêuticas com os serviços especializados em saúde mental
- F) Orientar quanto à solução dos problemas
- G) Encorajar o usuário para o seu autocuidado
- H) Nenhuma
- I) Outros _____

10) Qual(is) sinal(is) e sintoma(s) que você considera indicativo de que o usuário adquiriu autonomia, ou seja, torna-se independente do serviço?

- A) Modificação de sua aparência física.
- B) Capacidade que o usuário adquire para lidar com seus problemas pessoais.
- C) Equilíbrio emocional do usuário e da família.
- D) Realização de ações terapêuticas articuladas com os serviços especializados em saúde mental.
- E) Participação do usuário para o seu autocuidado.
- F) Participação do usuário nas atividades de promoção à saúde, que a equipe e outros serviços de saúde mental realizam.
- G) Adesão correta do tratamento medicamentoso.
- H) Autoestima do usuário.
- I) Nenhuma
- J) Outros _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO SECRETÁRIA DE SAÚDE – UBERABA-MG



20

AUTORIZAÇÃO

Uberaba, 10 de outubro de 2008.

A/C: Sr. (a) Maria Thereza Rodrigues da Cunha
Secretária Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Uberaba

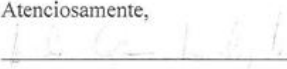
Prezado (a) Senhor (a),

No período de janeiro a abril do ano de 2009, a Pós-Graduada Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), estará desenvolvendo sua pesquisa para defesa da dissertação. Para isso necessitará de realizar uma pesquisa de campo, através do qual estará levantando dados que possibilitarão uma melhor compreensão do estudo a ser realizado, através da aplicação de questionários.

A pesquisa trata-se das ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF): interfaces com a saúde mental no município de Uberaba/MG. Será aplicados questionário com os enfermeiros das ESF durante este período.

Sendo assim, gostaria da sua autorização para que seja executada a pesquisa nesta renomada instituição, contribuindo dessa forma, para o enriquecimento teórico-prático da pesquisadora.

Atenciosamente,



Prof. Drª. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
Orientadora da Pesquisa

em anexo
20/10/08
20/10/08
Maria Thereza Rodrigues da Cunha
Secretária Municipal de Saúde
Uberaba - MG
Data: 17/10/2008

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo sobre “AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos enfermeiros inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e descrever as ações realizadas pelos enfermeiros em saúde mental na ESF, no município de Uberaba-MG. Caso você aceite, será necessário responder um questionário com abordagem do perfil sociodemográfico e econômico e um questionário sobre as ações dos enfermeiros em saúde mental na ESF. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais etapas a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, sem prejuízo ao meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3314-3473 e (34) 3318-5482

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

ANEXO B – PROTOCOLO UFTM

8/8



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO			
TÍTULO DO PROJETO: AÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: INTERFACES COM A SAÚDE MENTAL			
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa			
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM			
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 31/10/2008			
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1242			

Combustível (gasolina)	500 litros	2,60	1.300,00
Total			1.723,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora recebe o salário de Professora Adjunta da UFTM.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado pelos enfermeiros que atuam nas ESF do município de Uberaba/MG que concordarem em participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão e exclusão. O pesquisador é quem irá obter o consentimento livre e esclarecido nos locais de trabalhos dos enfermeiros.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES****PARECER DO CEP**

Aprovado com recomendação de mudar em metodologia a palavra “amostra” para população do estudo (pois não foi realizada nenhuma técnica de amostragem); suprimir ou melhorar a definição e o método do objetivo 3 e alterar a autoria do pré-questionário pois trata-se de uma alteração do pré-questionário idealizado pelo Whoqol group do Brasil.

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 19-12-2008

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora