

D-14044101

21/11/04

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E DO  
MÉDICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAUCAIA-CE

ADAIL AFRÂNIO MARCELINO DO NASCIMENTO

58  
610.73  
Nº 93  
2004  
EX-22

FORTALEZA – CEARÁ  
FEVEREIRO – 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**ADAIL AFRÂNIO MARCELINO DO NASCIMENTO**

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E DO  
MÉDICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, na Linha de Pesquisa *Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde*.

**ORIENTADORA: PROFa. Dra. VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**Fevereiro – 2004**

N193a Nascimento, Adail Afrânio Marcelino do  
Atenção em saúde mental: a prática do  
enfermeiro e do médico no programa saúde da  
família / Adail Afrânio Marcelino do nascimento. –  
Fortaleza, 2004.  
121f.

Orientador: Profa. Dra. Violante Augusta Batista  
Braga

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do  
Ceará. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem

1. Saúde mental, 2. Saúde da Família. 3.  
Reforma Psiquiátrica. I. Título

CDU 616.8588

## **ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E DO MÉDICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, na Linha de Pesquisa *Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde*.

Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Violante Augusta Batista Braga**  
*Presidente*

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvânia Mendes Vasconcelos**  
*1º Membro*

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga**  
*2º Membro*

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Ruth Macedo**  
*Membro Suplente*

## OFERECIMENTO ESPECIAL

Ao Deus a quem pertença, todo o meu louvor e gratidão por sua constante presença e ajuda, sem as quais não teria concluído esse trabalho. A Ele meu agradecimento especial.

Este trabalho está inserido na Linha de Pesquisa Enfermagem e os Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Contou com o apoio financeiro da CAPES.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que em todas situações da minha vida me surpreendeu com o seu tenso amor.

Ao meu pai, in memoriam, pelo amor com que me criou e pela oportunidade proporcionada de estudar.

A minha mãe, por ter vivido comigo mais essa etapa de minha vida, com amor e dedicação.

A minha esposa Verônica Sales, pela compreensão, estímulo, apoio e amorosa presença,

Aos meus irmãos, que sempre estiveram ao meu lado nesta caminhada, principalmente Mário Sérgio.

A minha orientadora Prof. Dra. Violante Augusta Batista Braga, pela paciência, compreensão e interesse na execução deste estudo. A ela minha admiração.

A todos enfermeiros e médicos que participaram dessa pesquisa, pela receptividade e transparência.

As colegas do mestrado pelos momentos que juntos compartilhamos, pelo carinho e apoio que me foram oferecidos.

À Profa. Dra. Ma. de Nazaré de Oliveira Fraga, pelas sugestões dadas durante o processo de qualificação do projeto.

Aos professores e funcionários da Pós-graduação da UFC pela atenção e colaboração.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a prática do enfermeiro e do médico do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado com sete enfermeiros e cinco médicos no município de Caucaia-CE. Os dados foram coletados mediante entrevista semi-estruturada e observação livre, no período de maio a agosto de 2003. Depois de agrupados em categorias e sub-categorias, os resultados mostram que os enfermeiros e médicos do PSF desenvolvem suas ações dentro da lógica da programação em saúde, cumprindo o protocolo previsto. Observamos que sentem muita dificuldade de lidar adequadamente com as demandas de saúde mental da comunidade assistida, condição que se manifesta através de algumas respostas do grupo, tais como: o modo confuso como definem o que seja saúde mental; uso do encaminhamento como uma das principais estratégias de ação; reconhecimento de inabilidade no manejo das demandas da comunidade; desconhecimento e pouca utilização dos recursos da comunidade para atuarem em ações preventivas; utilização restrita de uma escuta sensível e do relacionamento interpessoal; reconhecimento da falta de treinamento, insegurança e falta de experiência profissional para lidar com essas demandas. Por fim, foi possível apreendermos que as ações de saúde mental desenvolvidas pelo grupo pesquisado são orientadas pela prática da psiquiatria tradicional, onde a medicalização e o encaminhamento são os instrumentos de escolha. Esta condição vai de encontro ao que prevê a Reforma Psiquiátrica quando inclui as ações de saúde mental entre aquelas desenvolvidas na atenção primária, criando uma rede de assistência que tem por objetivo atender as demandas da comunidade.

Palavras-chaves: Saúde mental, Saúde da Família, Reforma Psiquiátrica



## ABSTRACT

This study for objective to analyze the nursing and doctor practice on the Family health program (PSF) as the attention in mental health, in the perspective of the Psychiatric Reform. It is as descriptive study, with qualitative nature, accomplished with seven nurses and five doctors of a municipal district of Ceará. The data were collected by semi-structured glimpses and free observation, in the period from May to July of 2003. After being contained in categories and sub-categories, the results show that the nurses and doctors of PSF develop their action in logic of the programming in health, accomplishing the foreseen protocol. We observed that they feel a lot of difficulty for working appropriately with the demands of the attended community's mental health, condition that become evident through some answers of the group, such as: the confused way that they define what is mental health; the use of the guiding as one of the main action strategies; inability recognition in the management of the community's demands; ignorance and low use of the management of the community's resources to act in preventive actions; restricted use of a sensitive listening and of the interpersonal relationship; recognition of training lack, insecurity and absence of professional experience in working with those demands. Finally, it was possible to understand that the actions of mental health developed by the researched group are guided by the practice of the traditional psychiatry, in which the medicating and the guiding are the choice instruments. This condition goes against that what the Psychiatric Reform foresees when it includes the actions of mental health among those developed in the primary attention, creating a net of attendance that has for objective to assist the community's demands.

**Key-Word:** Mental Health, Family Health, Psychiatric Reform.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 Objetivo Geral.....	18
1.2 Objetivos Específicos.....	18
<b>2. REVISÃO LITERATURA</b> .....	19
2.1 Da Reforma Sanitária ao Programa Saúde da Família.....	19
2.2 Da Psiquiatria Tradicional às Ações de Saúde Mental na Atenção Primária.....	27
2.3 Proposições e Limites da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	33
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	39
3.1 Natureza do Estudo.....	39
3.2 O Campo de Investigação e os Sujeitos da Pesquisa.....	40
3.3 Cenário da Pesquisa.....	41
3.4 Produção dos Dados.....	42
3.5 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	44
3.6 Tratamento e Análise dos Dados Produzidos.....	45
<b>4. A PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PSF: APREENSÃO DE UMA REALIDADE</b> .....	50
4.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.....	50
4.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PSF.....	59
4.2.1 Atendimento de Acordo com os Programas do Ministério da Saúde.....	60
4.2.2 Atenção às Demandas de Saúde Mental.....	65
4.3 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PSF FRENTE ÀS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL.....	69
4.3.1 Representações dos sujeitos do estudo sobre o processo saúde/doença mental.....	70
4.3.2 Problemas emocionais e/ou psicológicos mais freqüentes na população assistida.....	76
4.3.3 Ações consideradas relevantes pela equipe do PSF para atender as demandas de saúde mental.....	82
4.3.4 Ações de saúde mental desenvolvida pelos enfermeiros e médicos do PSF.....	87
4.3.5 Condições Consideradas Adequadas Pelos enfermeiros e médicos do PSF para Atender as Demandas de Saúde Mental.....	92
4.4 PREPARO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS PARA LIDAR COM AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL.....	97
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	101
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	108
<b>APÊNDICES</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira de 1988 incorporou algumas das propostas da Reforma Sanitária, que contemplavam às reivindicações da sociedade, representando um grande ganho para o setor saúde, garantindo, entre outras coisas, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O sistema de saúde brasileiro vem procurando reorientar o modelo assistencial, seguindo os princípios da Reforma Sanitária, na qual o conceito de saúde se amplia abrangendo outros elementos, tais como: melhores condições de vida das pessoas, pelo acesso ao emprego, educação, salário justo, boas condições de habitação, saneamento do ambiente, transporte, alimentação, cultura e lazer e um acesso à saúde digno e de qualidade (BRASIL, 1998).

Na tentativa de atender a estas reivindicações, o sistema de saúde começou a se delinear em novos perfis, procurando implementar políticas públicas intersetoriais que garantam a qualidade de vida de todos os brasileiros e apresentando uma concepção de saúde centrada na promoção, respeitando o direito à saúde segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1997).

A construção do SUS, regulamentada pela Constituição de 1988 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

Desse modo, testemunhamos grandes avanços na legislação, sem que o mesmo possa ser evidenciado na prática efetiva dos serviços de atenção à saúde da população.

Mudanças estruturais como essas, decorrem de processos sociais e políticos amplos, como o ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, no caso da

saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), que se tomaram marcos decisivos para elaboração das políticas de públicas que se aproximem daquilo que a sociedade deseja para aquele momento histórico.

A atenção em saúde mental, ao longo da história, passou por vários processos e críticas no seu campo teórico-assistencial, tendo como base às práticas da psiquiatria clássica hegemônica em vários países.

O Brasil se inspirou em muitas das experiências de outros países para assistir os mentalmente adoecidos, adaptando modelos, tais como: a Psiquiatria Comunitária Americana, na década de 1960, no qual os pacientes eram atendidos em sua própria comunidade, na tentativa de prevenir internações; da França, a Psicoterapia Institucional oferecia uma demanda de esforço no sentido de humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos; da Itália, a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia, referenciava uma nova concepção da loucura, entendida como "existência-sofrimento do indivíduo em seu corpo social" (AMARANTE, 1995).

Todos esses movimentos tiveram repercussão no modelo de assistência à saúde mental brasileiro. Porém, o processo de Reforma Psiquiátrica, ora em implantação no país, teve início na década de 1970, com as demandas do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (movimento de profissionais da assistência psiquiátrica nas instituições públicas) e com o respaldo da "Declaração de Caracas", aprovada no dia 14 de novembro de 1990 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com o processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), cria-se condições para implantação de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais. No entanto, devemos considerar que na política de saúde mental no Brasil ocorreram várias inflexões em

direção às mudanças, sabendo-se que o modelo em pauta era hospitalocêntrico, sendo proposto projetos para a reinserção social e a reabilitação psicossocial.

A trajetória da assistência em saúde mental, a princípio, revela uma prática psiquiátrica voltada para o tratamento hospitalar, desenvolvendo-se como um meio de exclusão do doente mental, ceifando-lhe o direito de ser cidadão e afastando-o da família e da sociedade (DALMOLIN, 2000).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como proposta a ruptura do modelo clínico-psiquiátrico, centrado na hospitalização, medicalização, segregação e cronificação do doente mental, propondo o resgate da cidadania e o reconhecimento da existência-sofrimento da pessoa em seu corpo social.

Para a superação do modelo hospitalocêntrico, faz-se necessária à construção de novos saberes e práticas, num processo de desconstrução e reconstrução de novas formas de perceber a saúde mental e seus meios de intervenção, na busca de atender não mais a doença, mas a pessoa em sofrimento mental, procurando assisti-la nos vários níveis de atenção e em estruturas diversas, substitutivas do hospital psiquiátrico tradicional.

A principal proposta reformista brasileira, na área de saúde mental, concretiza-se no Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), o qual propunha regulamentavam os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por recursos extra-hospitalar (DELGADO, 1989).

Esse Projeto de Lei traz elementos que contribuem para superar o modelo vigente, tendo por base à implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares que atenda a alguns preceitos, destacando-se: atenção interdisciplinar, proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos ou contratação de mais leitos; inserir leitos e criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais; criar Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), pensão protegida, lares abrigados;

integrar a saúde mental a estratégias ou programas de saúde, movimentos sociais e instituições

Atualmente, essa lógica de serviços extra-hospitalares é assegurada pela Norma Operacional da Atenção Básica (NOAS) - SUS (01/2001), que ampara a garantia de acesso ao serviço de saúde, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculado a várias responsabilidades mínimas, dentre as quais o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes.

Oriunda do Projeto de Lei de Paulo Delgado, de 1989, a Lei Federal 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.

Concordamos com Birman e Costa (1994) quando assinalam que as mudanças da Reforma Psiquiátrica brasileira, delinearão grandes marcos, como as relações históricas e metodológicas que objetivam captar a dinâmica da absorção e transformação dos paradigmas psiquiátricos. Desta forma, entendemos que essas mudanças, mesmo que complexas, podem se constituir na chave para uma assistência digna a pessoa em sofrimento mental, criando uma rede de assistência que atenda aos vários níveis de atenção em saúde.

Esse avanço veio fortificar as diretrizes do sistema de saúde vigente (SUS) e inseriu a saúde mental nos serviços da atenção primária, haja vista a implementação das práticas e saberes em saúde mental e as várias demandas de ordem psicossocial na clientela assistida nesses serviços. Segundo a OPAS (2001), existem 400 milhões de pessoas que sofrem hoje, no mundo, de perturbações mentais e neurológicas ou de problemas psicológicos.

A pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, em vários níveis de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programas de saúde geral. Desse

modo, os serviços de atenção primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF), constituem bases importantes dessa rede, tornando-se a porta de entrada para o sistema de saúde. Hoje, constitui um elo mais próximo à Unidade de Saúde, à família e comunidade (AMARAL, 2000).

O PSF vem se destacando como estratégia para a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção centrada na promoção da qualidade de vida da família. Para tanto, cabe aos profissionais de saúde desenvolver ações em conjunto, para levar, de fato, essa lógica.

Assim, consideramos de fundamental importância que os profissionais do PSF, enfermeiros e médicos, estejam sensibilizados para compreender o modelo de organização familiar, proporcionando uma assistência mais abrangente, oferecendo à família da pessoa em sofrimento mental o apoio necessário para que possa assumir o seu papel na sociedade.

Com a implantação do modelo de PSF em todo o País, ressaltamos a importância da inserção da saúde mental na atenção primária, na perspectiva da reabilitação e da inserção social da pessoa em sofrimento psíquico, resgatando seus direitos de cidadão e os preceitos da Reforma Psiquiátrica, oferecendo serviços extrahospitalares na base comunitária.

De acordo com as considerações de Pitta (1996), a reabilitação psicossocial, como abordagem estratégica global, envolve todos que fazem parte desse processo, dos trabalhadores da saúde, expandindo-se aos usuários, família e comunidade, implicando em mudanças profundas da política dos serviços de saúde.

Assim, podemos entender que a reabilitação psicossocial está no âmbito de transformação, de ajuda na desconstrução do conceito de loucura, reavendo a cidadania dos atores sociais.

A saúde da família, como foco da atenção primária, é alocada no primeiro nível do Sistema Local de Saúde (SILOS), constituindo-se em área de abrangência de responsabilidade do PSF, onde essa equipe desenvolve ações focalizadas para a promoção da saúde, dirigida ela e ao seu habitat (MENDES, 1996).

Vale salientar que o Estado do Ceará foi precursor nesse processo de implantação, como também na implantação do Programa Agente de Saúde, posteriormente, incorporado às políticas de saúde do Governo Federal e estendida a todo o território nacional.

Considera-se, ainda, que o PSF tem sua filosofia a partir dos princípios e diretrizes do SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das famílias, colocando a atenção primária em destaque, sendo de grande relevância para o desenvolvimento das ações básicas de saúde, inclusive as ações em saúde mental nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBASF).

Concordamos com Campos (1992), quando ressalta a importância da habilitação da rede básica de saúde, no intuito de reduzir a demanda dos transtornos mentais, evitando reincidência da crise-internação-crise. Nesse sentido, as UBASFs devem está preparadas para garantir uma assistência de qualidade e os profissionais do PSF, enfermeiros e médicos, devidamente habilitados e capacitados para atender adequadamente as demandas da comunidade, incluindo-se as referentes à saúde mental da sua clientela.

Como enfermeiro e integrante de uma das equipes de PSF do Município de Caucaia (CE), vimos que as ações de saúde mental não eram contempladas pelas equipes, embora possamos perceber que existe demanda emocional e psicológica nas famílias assistidas, sem falar das ações preventivas que poderiam estar sendo desenvolvidas.



A preocupação com essa realidade ganhou mais argumento quando da realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, ocasião em que tivemos a oportunidade de pesquisar sobre saúde mental, avaliando a prática desenvolvida pelo enfermeiro no PSF relativa às ações de saúde mental.

Este estudo nos mostrou que os enfermeiros têm dificuldade até mesmo de conceituar saúde mental, não fazendo distinção entre saúde e doença, chegando a usar os dois termos como sinônimos. Quando indagamos sobre atuações para a saúde mental, estes as definem como relacionadas à doença, embora estejam inseridos em um serviço de atenção primária, que deveria ter por prioridade a prevenção. Além disso, visualizamos a idéia de que a maioria dos enfermeiros não tem interesse sobre este tema, algumas vezes desconhecendo os objetivos da Reforma Psiquiátrica e sua história (NASCIMENTO, 2002).

É mister que os profissionais do PSF, principalmente enfermeiros e médicos, aprofundem seus conhecimentos e marcos conceituais acerca das práticas em saúde mental, pois estas direcionam a ação profissional, fundamentando a pesquisa e qualificando cada vez mais a prática profissional (CARRARO, 1998).

Concordamos com Sampaio (1994), quando indica que a saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão vinculadas ao contexto socioeconômico e cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Então, é preciso pensar saúde mental e doença mental de forma coletiva, carecendo, portanto, de instrumento médico, psicológico, filosófico, sociológico e antropológico, econômico e político para serem compreendidos.

Rodrigues (1996) e Rocha (1992) acentuam que a saúde mental de cada individuo tem a variações e influências de fatores biológicos e sociais, e depende da satisfação das necessidades emocionais e que não há um modelo único a se seguir para se ter saúde mental. Cada pessoa tem sua maneira de viver, seus mecanismos

para resolver dificuldades e conflitos e não cabe julgar, do exterior, se uma maneira é melhor ou pior do que outra.

Refletindo-se na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que propõe, entre outras coisas, integrar a saúde mental a estratégias ou programas de saúde, movimentos sociais e instituições e a importância do PSF como modelo de atenção em saúde e como campo propício para a efetivação dessas ações, instiga-nos apreender como profissionais do PSF, enfermeiros e médicos, vêm procurando essa assistência em sua prática e como, têm contemplado as demandas emocionais, psicológicas e os transtornos mentais de sua clientela.

Analisar essa prática desses profissionais do PSF, certamente, constitui uma contribuição importante para repensarmos uma forma de melhor utilização dos dispositivos públicos, na busca de uma assistência de qualidade a uma parcela grande da sociedade posta à margem do sistema, excluída de seus direitos de cidadão.

Nosso questionamento tem origem na reflexão da nossa própria prática, quando percebíamos que muitas ações preventivas e de intervenção sobre as demandas apresentadas pela clientela não eram consideradas ou mesmo eram mal conduzidas. Fazíamos esse questionamento: Quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros e médicos no PSF para atender as pessoas com as demandas psicológicas e com transtornos mentais? Que prioridades são estabelecidas por esses profissionais do PSF no atendimento às pessoas em relação às demandas de saúde mental? Tinham preparo técnico para isto? Nas ações desenvolvidas no PSF, predominam os princípios da psiquiatria tradicional ou da Reforma Psiquiátrica?

Na tentativa de apreender melhor essa prática é que nos propusemos a investigar essa realidade para, quem sabe, transformá-la, fazendo com que o PSF seja mais um dispositivo de saúde mais resolutivo que se junta à luta pela superação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico.

Diante do contexto apresentado, elaboramos os seguintes objetivos:

### **1.1 Objetivo Geral**

Analisar, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a prática do enfermeiro e do médico no Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Fortaleza-CE na atenção em saúde mental.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o grupo pesquisado quanto às características sócio-demográficas;
- b) Apreender junto aos enfermeiros e aos médicos do PSF o modo como procuram atender as demandas emocionais e psicológicas da sua clientela;
- c) Identificar as ações de saúde mental desenvolvida pelos enfermeiros e os médicos do PSF;
- d) Levantar junto ao grupo pesquisado as condições materiais necessárias para atenderem as demandas emocionais e psicológicas da sua clientela e o preparo profissional para realizarem a atenção em saúde mental.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Da Reforma Sanitária ao Programa Saúde da Família**

A década de 1980 foi marcada por várias crises econômicas, recessão e descontrole inflacionário, derrota do governo militar pelo movimento das Diretas já, significando este evento o início da redemocratização do País. Essa época foi marcada, ainda, pela definição de uma nova Constituição para o Brasil, o qual vivia num quadro político e econômico traçado por dificuldades no cenário nacional e internacional.

Neste período, a saúde no País era tratada, de forma verticalizada, pois, serviços, leis e projetos, tudo era feito de cima para baixo. O cidadão não tinha o seu direito à saúde. Os serviços de saúde que existiam só atendiam a pequena parcela da população, sendo mal localizados, insuficientes e grande parte deles não funcionava, apenas procuravam curar as doenças. Isso acontecia porque no Brasil os recursos para o setor saúde eram insuficientes e os poucos destinados ao setor tomavam rumos contrários às necessidades da população.

Surgiu, então, a necessidade de transformar o sistema de saúde, estando toda sociedade engajada a Reforma Sanitária brasileira. Em abril de 1985, a política da Nova República deu caminhos para a prática democrática, onde sindicatos, partidos de esquerda e toda população assumiram traços político para as “Diretas Já”, movimentos político que culminou a democratização da saúde.

Esse movimento apoiava a criação de um Sistema Único de Saúde regionalizado, a hierarquização da rede de serviços, a criação de distritos sanitários e gestão colegiada para o controle da política e das práticas institucionais as quais seriam fiscalizadas pela sociedade.

Toda esta problemática foi discutida na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, em Brasília, da qual participaram organizações populares, profissionais de saúde e políticos, surgindo à proposta da Reforma Sanitária, como uma assistência à saúde totalmente diferente da que existia e, além disso, a questão saúde procurou agrupar outras questões que contribuíssem para a saúde da população, tais, como alimento, moradia, educação, trabalho e terra.

Foram, então, consolidadas nesta Conferência as bases doutrinárias para a Reforma Sanitária, das quais se destaca a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), igualitário, participativo, descentralizado e integral, já que a questão central proposta era a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado quanto à sua promoção, proteção e recuperação. Inicia-se, então, um longo processo político de conquistas da população com vistas à democratização da saúde, num movimento de construção de um sistema de saúde que busca reorientar a prática institucional, na perspectiva de melhores condições de vida.

A Reforma Sanitária incorporou as propostas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata), ocorrida em 1978, com a participação de povos de todo o mundo, assumindo a meta "saúde para todos no ano 2000".

Desta forma, o sistema de saúde brasileiro buscava a reorientação para um modelo que se apoiaria no princípio da universalidade, no qual todos deveriam ter direito à saúde respaldado pelo Estado.

Com efeito, a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado e o SUS deve ser organizado segundo diretrizes de descentralização, integralidade, universalidade, equidade e participação comunitária. A saúde nesta lógica é conceituada como:

(...) Resultado das condições de vida das pessoas, pelo acesso ao emprego, educação, salário justo, boa alimentação, saneamento do ambiente, transporte adequado, cultura e lazer e evidentemente de acesso a um sistema de saúde de qualidade. (BRASIL, 1988, p. 382-383).

A implantação do SUS começou com a ser redirecionada com a Constituição de 1988, a qual definiu que fosse implantado um modelo assistencial de saúde, tendo como principal diretriz a descentralização de responsabilidade de recursos financeiros e de poder para os municípios.

Porém, antes de 1988, foram formuladas políticas de saúde que beneficiaram a municipalização, sendo as mais importantes as Ações Intergradadas de Saúde (AIS), em 1982, e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

As AIS tinham por objetivos repassar recursos do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) para as secretarias estaduais de saúde como meio de implementar a integração de ações, expandir a rede de serviços e promover contratação de servidores. Esta estratégia foi defendida como caminho para a descentralização e o reforço das ações de saúde nos municípios, sendo parte do programa de Governo do presidente Tancredo Neves (PAIM, 1994).

Enquanto as Ações Integradas (AIS) estavam vigentes, as instituições de saúde estudavam um novo sistema de saúde, buscando um sistema unificado, proposta que teve uma crescente base social. Surgiu, então, a proposta de criação do SUDS, que desencadeou o processo de municipalização, desconcentrando as decisões do Estado, passando a organizar-se a partir dos princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços.

Em 1988 foi promulgada a Carta Magna do país, sendo definido no capítulo da Seguridade Social o Sistema Único de Saúde, que passou a constituir os serviços públicos de saúde com financiamento público, descentralização de ações e participação comunitária. Segundo Raggio e Giacomini (1996, p. 4),

“Os avanços recentes do sistema de saúde no Brasil são inegáveis... Basta lembrar que de 1988 para cá o país foi capaz de elaborar um arcabouço legal que vai da Carta Magna às Leis Orgânicas dos municípios e que toda esta legislação manteve-se coerente com a imagem-objeto construída num movimento social que teve seu marco histórico na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986”.

Para os autores, a história nos mostra que são reais as mudanças nas políticas de saúde, fazendo estados e municípios assumirem um papel muito mais ativo, responsabilizando pelo planejamento, financiamento e o controle das ações de saúde. É importante ressaltar a criação dos conselhos de saúde com a finalidade de incentivar o controle social e a participação da comunidade.

Assim, o SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, tendo por objetivos principais: identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde para prevenção, promoção e recuperação da saúde da população e implementação das ações de vigilância à saúde.

Em 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que regula as ações e serviços de saúde de todo o território nacional, definindo princípios e diretrizes do SUS, sendo seus princípios fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. As principais diretrizes são: a garantia da assistência à saúde de qualidade, reorganização dos serviços de saúde e promoção da vigilância à saúde em articulação intersetorial com organismos governamentais e não governamentais, permitindo o novo modelo de atenção à saúde que as aplicações de recursos sejam pactuadas entre os Governos Federal, Estaduais e Municipais (CEARÁ, 1998).

Para o SUS acontecer de fato nos municípios brasileiros, foi feito convênio entre as Secretarias de Saúde dos Estados e as Prefeituras Municipais, iniciando a construção da municipalização ou descentralização que, de acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998, p.9) "Implica o deslocamento do poder, da gestão, das atribuições e das decisões para os níveis mais periféricos do sistema ou da organização".

A descentralização não é uma estratégia somente de Países em desenvolvimento, pois este conceito ganhou força nos Países do primeiro mundo, como resposta à crise do Estado de Bem-Estar Social, os quais estabeleceram padrões de

relação entre Estado e sociedade, sendo que o primeiro intervém nas relações sociais, regulando atividades econômicas e garantindo alguns direitos dos cidadãos. A descentralização surgiu como alternativa de racionalizar o aparelho do Estado amplo, centralizador e onipresente (MENDES, 1995).

A descentralização no Ceará foi impulsionada através da municipalização, desencadeada em 1989 pela Secretaria Estadual de Saúde, que a colocava como pré-requisito para as secretarias municipais entrarem no Programa Agente de Saúde. Este programa foi criado em 1988, período em que o Estado do Ceará se encontrava com um quadro epidemiológico comprometido, tendo dificuldades para fixar profissionais de saúde em áreas rurais, as quais eram em sua maioria desprovidas de recursos sociais, econômicos e culturais (SILVA e FORMIGLI, 1994).

O modelo de saúde vigente no País desvelou até 1988, a prática "hospitalocêntrica", não satisfazendo as expectativas da população, percebendo-se as deficiências de resolubilidade nas ações de saúde. Com base nessa constatação, o Ministério da Saúde reorganizou suas diretrizes no âmbito das políticas de saúde, implantando o Programa Saúde da Família (PSF), em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS (BRASIL, 1997).

Em 1994, foi implantada pelo Estado do Ceará a estratégia da Atenção Primária do Programa Saúde da Família (PSF), sendo impulsionada pela Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde (ALMA-ATA/1978) a qual reconheceu ser o cuidado primário de saúde essencial para alcançarmos um bom nível de saúde em um futuro previsível.

A estratégia de atenção primária foi defendida pelo Ministério da Saúde do Brasil como: "Um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 1998, p.34) .



O PSF possibilitou a integração, promoção e organização das atividades em território definido, tendo o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, passando a ser a porta de entrada do sistema. Oferta, ainda, atuação sanitária, incorporação da atenção médica tradicional a uma lógica de promoção da saúde e orientação da organização dos sistemas municipais de saúde, a partir da atenção básica, com ênfase nos princípios do SUS. Assim, a família passou a ser objeto da atenção, sendo entendida de acordo com o Ministério da Saúde:

"A partir do espaço em que vive, chamado espaço/domicílio/comunidade. Mais do que uma delimitação geográfica, é neste espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. É neste espaço que se permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e portanto, intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997, p.21).

O sistema de saúde no Brasil busca reverter o modelo assistencial de saúde, propondo-se a romper paradigmas da lógica assistencial hospitalocêntrica, implementando a atenção primária de saúde, tendo como foco a família, compreendida a partir do ambiente em que vive. É neste espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares, desenvolvendo-se a luta pela melhoria das condições de vida.

Por conseguinte, traz em seus princípios essa proposição:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL 1998, p.39).

O Programa Saúde da Família segue o modelo de atenção à saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde através da lei nº 2177/98 e do decreto 2043/99 que definiu seus princípios e filosofia, baseando-se na doutrina do SUS, visando à reorganização da prática assistencial em novas bases e conteúdos, tendo como objetivo o atendimento ao indivíduo no seu contexto familiar.

Diante do exposto, achamos conveniente conceituar saúde da família, optando pela definição de Patrício (1994, p. 103) por melhor adequar-se à prática dos profissionais da saúde:

Saúde da família é a capacidade de buscar e normatizar seu bem viver fundamentada na prática do cotidiano, a partir dos recursos de cada membro da família como unidade, com suas crenças, valores e modos de cuidar, envolvendo a utilização de cuidados do sistema profissional de saúde.

O Estado do Ceará, em suas diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde, preconiza que o PSF deve ter uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, um assistente social, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um técnico de higiene dental (THD) e seis agentes de saúde (CEARÁ, 2002).

Os municípios que estiverem em nível de gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal, devem assumir a administração do PSF, garantindo a sua universalização, devendo buscar formas próprias de pagamento dos profissionais, podendo usar 30% dos recursos do piso assistencial básico para complementação salarial. Os agentes de saúde do Ceará são pagos pelo Estado, contratados através de convênios com as associações dos agentes de saúde e estão sob gestão do município.

Em 2003, no Ceará, havia 1618 equipes de saúde das famílias qualificadas e 1258 em funcionamento segundo as normas, cobrindo 58% da população do Estado. Os agentes de saúde neste período cobriam em média 80% da população de cada município interiorano (CEARÁ, 2003).

A expansão do PSF teve grande impulso com a operacionalização da Norma Operacional Básica do SUS (NOB) que garantiu investimento para o funcionamento desse modelo de atenção primária. Assim, o Estado adota como prioridade 7 áreas estratégicas de atenção, descritas na Norma Operacional da Assistência à Saúde-

NOAS/2001, que são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e diabetes, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.

O município de Caucaia - CE conta com 60 equipes do Programa de Saúde da Família, distribuídas em 50 equipes na zona urbana e 10 equipes na zona rural, de acordo a territorialização do município, conta-se com uma formação básica de 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 02 auxiliares de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde e tendo aproximadamente 1000 famílias (CAUCAIA, 2004).

Em 2002, o município implantou um ambulatório de saúde mental com uma equipe multiprofissional composta de médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, recebendo referência dos profissionais do PSF do município. Hoje, em 2003, está implantado um Centro de Atenção Psicossocial para adultos, localizado na Grande Jurema, onde faz intercâmbio com o PSF e com alguns municípios vizinhos, como São Gonçalo, Umirim e outros.

As práticas realizadas por enfermeiros e médicos do PSF de Caucaia, contemplam o cuidado multidisciplinar, vislumbrando o atendimento interdisciplinar, empregando as necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação do indivíduo ou controle da saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

No PSF, estes profissionais atuam em equipe, desde a produção de serviços de saúde ao nível coletivo até as práticas de planejamento do serviço de saúde, sendo necessário identificar as necessidades sociais de saúde da população sob sua responsabilidade, além de intervir sobre os processos saúde/doença individuais e coletivos.

Enfatizamos, ainda, a importância da psiquiatria preventiva no PSF dentro da prática desenvolvida, onde pretende-se implementar atividades de saúde mental, perpassando noções de reconstrução da cultura, no sentido de orientar as pessoas a

cuidarem de si e do seu habitat, independentemente do aparecimento de uma doença individual.

Corroborando com a discussão, Birman e Costa (1994), afirmam, que a prevenção primária pode ser utilizada para reduzir em uma comunidade os transtornos mentais, promovendo a "sanidade mental" dos grupos sociais e intervindo nas condições etiológicas, que podem ser de origem individual ou do meio.

Para Sarraceno (1999) o trabalho de saúde mental na comunidade visa à promoção, prevenção e ao tratamento dos casos identificados, precisando apoiar-se num conjunto de ações que visem a melhorar e manter a saúde da população.

Em nossa compreensão, as ações de saúde mental na comunidade se constituem na própria vida do dia-dia, através do contato e relacionamento com as pessoas, com a interação e integração das redes sociais como a família, a igreja, o trabalho, a escola e outros.

Assim, acreditamos que as mudanças ocorridas nos últimos anos na atenção em saúde mental trouxeram grandes ganhos, não só para os que sofrem de transtornos mentais, como também para os profissionais de saúde, para a família e até mesmo para sociedade, fazendo com que a assistência psiquiátrica seja reorientada, no sentido que não haja a longa internação psiquiátrica, a permanência do indivíduo distante da família e da sociedade.

## **2.2 Da Psiquiatria Tradicional às Ações de Saúde Mental na Atenção Primária**

Os pressupostos teóricos da psiquiatria tradicional eram baseados em preconceitos ideológicos, ou seja, sem nenhuma comprovação científica, onde predominava um modelo adaptativo-progressivo preconizado pelos grupos dominantes

da sociedade. Esse modelo vislumbrava a amputação da dignidade humana, a perda progressiva da auto-estima e da autonomia individual, coletiva e do alijamento dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

A história da loucura na sociedade é marcada por preconceitos e exclusão dos portadores de transtorno mental. O estudo da loucura já passou por várias fases da história, desde a época em que o louco era socialmente respeitado com poderes divinos, até os tipos de alienação e dos tratamentos.

Ao pesquisar sobre o tratamento da loucura, destaco a figura do médico Pinel, que influenciado pelos ideais do Iluminismo e da Revolução Francesa, foi um dos primeiros a libertar os pacientes dos manicômios, contribuindo para o tratamento destes e propiciando-lhes uma liberdade de movimentos.

A partir daí, os loucos passaram a ser um assunto médico-científico, surgindo duas correntes diferentes de pensamento com relação ao tratamento dos pacientes e à origem de seus males. Uma delas crê no tratamento moral, nas práticas psicopedagógicas e afetivas como as mais importantes. Outra, focaliza o tratamento físico, crendo ser a loucura um mal orgânico, fruto de uma lesão ou de um mau funcionamento encefálico.

Nessa época, a Psiquiatria passou a ser vista como especialidade médica e a loucura como alienação. No entendimento de Pinel, a loucura consistia num comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade, manifestada pelo paciente através dos sintomas, que podem ter em comum o fato de referirem-se a uma mesma lesão "da vontade ou juízo" (PESSOTI, 1994).

A partir desse momento, o tratamento médico passa ao seu apogeu com a internação, como ressalta ORNELLAS (1994:43):

“O século XIX apresenta a loucura como objeto de uma medicina especial, que é a Psiquiatria, e recebe a definição médica de alienação mental, havendo definição do espaço social do hospício. Assim a medicina propõe-se a cuidar do homem em sua totalidade.”

No Brasil, durante o século XIX, os loucos começaram a ser internados nas Santas Casas, porém ainda não havia remédios específicos para a loucura e o tratamento limitava-se a castigos físicos, maus-tratos e encarceramento. Somente em meados do século XX surgiram os primeiros psicofármacos para o tratamento da doença, e as pessoas com transtorno mental passaram a ter maiores chances de terem seus sintomas controlados, melhorando suas condições de vida no próprio ambiente hospitalar.

Vale ressaltar, nesse período, a importância da contribuição das Ciências Humanas no sentido de entender que a loucura era vista como uma categoria social, com diferentes sentidos em diversificadas culturas e períodos históricos. Surge, também, nesse cenário histórico, a institucionalização e a evolução do convívio social dos doentes mentais.

Para compreender melhor o modo como lidar com as pessoas com sofrimento mental no mundo contemporâneo, é necessário conhecer um pouco da história da loucura. Apesar dos avanços científicos, a loucura encontra-se, ainda hoje, envolta em preconceitos, permanecendo a exclusão do doente mental do meio familiar e social, mesmo que se assista a muitas mudanças na forma de perceber e assistir essas pessoas.

A institucionalização da psiquiatria no mundo ocorreu em um período de grande desenvolvimento científico, coincidindo com primeira a Revolução Industrial. O hospital psiquiátrico passou a ser considerado como um lugar de proteção e tratamento do doente mental, instituído, também, para resguardar a sociedade dos indivíduos chamados de transtomados sociais.

As instituições psiquiátricas, ao longo dos tempos, têm modificado seus objetivos e formas de tratamento. Entretanto, os manicômios possuíam caráter muito mais punitivo do que mesmo terapêutico, iniciando-se a busca de alternativas as quais pudessem contemplar o tratamento psiquiátrico. Tais opções iam desde a tentativa de reformas referentes ao espaço hospital, até movimentos políticos, colocando em pauta o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e terapêuticas a ele relacionado (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

A trajetória da assistência psiquiátrica passou por várias transformações, tendo provocado profundas mudanças na conjuntura política de saúde mental, determinando novas práticas e modo de pensar a loucura, a instituição e o social.

Começaram a repercutir no mundo e principalmente no Brasil, as propostas dos movimentos reformistas, sendo importante explicitar que, a política e assistência ao doente mental sempre seguiram o modelo Europeu do século XIX de forma centralizada no isolamento dos psicopatas e dos toxicômanos, mesmo quando tal modelo tomou-se ultrapassado em outros países.

As propostas dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica incluíam a substituição do modelo hospitalar e manicomial por uma rede de serviços na comunidade para o cuidado à saúde mental.

É interessante destacamos as propostas desses movimentos reformistas as quais desvelaram novas alternativas e questionamentos, na intenção de reinventar o saber psiquiátrico, destacando as Comunidades Terapêuticas, as quais pretendiam substituir a terapia passiva e individualizada, por uma terapia ativa; já a Psicoterapia Institucional, fazia alusão às características doentias das próprias instituições; a Psiquiatria do Setor, consistia em envolver a comunidade no atendimento aos "doentes mentais"; a Psiquiatria Preventiva, trabalhava os programas de atenção básicos e sua efetivação e a Antipsiquiatria, que questionava a intenção de reinventar, o saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Dentro dos movimentos reformistas ressaltamos a Psiquiatria Democrática Italiana, a qual consistia na desinstitucionalização da loucura. A desinstitucionalização apresentou um desafio a sociedade no sentido de que todos se engajem na promoção da desospitalização dos doentes mentais e na criação de dispositivos de saúde que viabilizem novos meios de lidar com a loucura e com a exclusão social.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, no final dos anos 70, trouxe várias transformações na política de saúde mental, determinando novas práticas e novos os modos de pensar sobre a loucura. Propondo ainda que a saúde mental esteja inserida nos programas sociais, bem como o PSF, considerado uma porta de entrada do sistema de saúde, o elo mais próximo entre as unidades assistenciais, a família e a comunidade.

Os princípios da Reforma Psiquiátrica preconizam que o atendimento das pessoas em sofrimento mental ocorra em serviços substitutivos, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), lares, pensões protegidas e em programas sociais, como o PSF. Este último busca reverter o modelo assistencial da saúde, tendo como proposta melhorar a qualidade de vida das pessoas através da promoção à saúde, ou seja, a nova ordem é promover a saúde e não mais o atendimento às pessoas doentes.

A política nacional de saúde mental preconiza a reestruturação da assistência em saúde mental, dando prioridade ao atendimento ambulatorial e promoção à saúde mental, através das ações básicas de saúde e da integração com a comunidade. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2001) assegura a assistência ao cidadão e o acesso à saúde, além de um conjunto de ações e serviços, estando incluído o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes.

Neste cenário, é interessante destacar as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) como um espaço de apoio à reabilitação psicossocial assegurado pela equipe de PSF. Desta forma, os serviços de atenção básica podem assumir a



concretização ou viabilização da mudança do cuidado prestado aos portadores de transtornos mentais. Assim, o PSF é mais um dispositivo de saúde para dar suporte à desinstitucionalização, junto à luta de superação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico.

Conforme essa lógica, a saúde mental é discutida não apenas nas unidades especializadas mas, também, nas UBASFs, numa visão interdisciplinar, contribuindo para desmistificação da doença mental para o sofrimento psíquico na perspectiva de promover a qualidade de vida da clientela assistida. Assim, os profissionais da UBASF podem ser promotores de saúde mental, uma vez que estão constantemente em contato com as famílias cadastradas.

Nessa perspectiva, o PSF, em tese, também é responsável pelos problemas de saúde mental, na prevenção e na assistência, dando-lhes o devido atendimento e encaminhamento. Para Sampaio e Barroso (2000), as ações de saúde mental a serem assumidas pelas equipes do PSF são: acompanhamento de psicóticos crônicos; coordenação de grupos de queixas difusas; visitas domiciliares em sistema conjunto com o CAPS para atendimentos de crise e acompanhamento terapêutico-realizador; prevenção e combate à dependência de benzodiazepínicos; efetivação de sistema de referência e contra-referência para identificar precocemente os casos de transtornos mentais nas áreas; atendimento das emergências psiquiátricas; e aconselhamento psicológico.

Desta forma, entendemos que o PSF é mais um dispositivo de saúde na assistência ao sofrimento psíquico, levando de fato os preceitos da reforma psiquiátrica como um novo desenho de objeto e instrumento de trabalho (OLIVEIRA E ALESSI, 2003).

É fundamental ressaltar a Reforma Psiquiátrica e sua importância para o novo modelo de atenção à saúde, delineando seu processo histórico de organização na assistência psiquiátrica brasileira.

### 2.3 Proposições e Limites da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de Reforma Psiquiátrica deu-se início através dos movimentos reformistas, que teve uma história marcante de luta, para reestruturar assistência psiquiátrica, com visão diferente sobre a doença mental e formas de lidar com ela.

As experiências de movimentos reformistas não são recentes, sendo de relevância apontar alguns pressupostos no mundo, como a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos), a Psicoterapia Institucional (França) e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia (Itália). Essas experiências foram citadas anteriormente, onde foram repercutidas em vários países, no qual surgiu uma nova referência da concepção da loucura, entendida como "uma produção psicopatológica onde o doente se refugia a fim de escapar de uma realidade social insuportável" (AMARANTE, 1995).

Estes movimentos reformistas começaram se expandir no Brasil, iniciou através da Reforma Sanitária, onde impulsionou a Reforma Psiquiátrica que foi delineada na década de 1980. Os movimentos de reformas apontavam debates sobre a organização do sistema de saúde vigente, sendo as propostas amplamente aceitas, contando com a participação de órgãos oficiais, governantes, prestadores de serviços e representantes da população.

Nesse contexto de mudanças, a sociedade brasileira passou por um momento histórico que culminou com a redemocratização no setor saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Paralelamente, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, trazendo idéias de movimentos internacionais e a discussão da Reforma Sanitária para o campo da saúde mental, formulando indicativos para a futura Reforma Psiquiátrica.

A partir daí, seguiu-se o debate sobre a reestruturação do atendimento à saúde e as novas diretrizes para o sistema brasileiro de saúde, com fortes influências internacionais, principalmente da desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática

Italiana no campo da saúde mental. Nesse período, a psiquiatria tem a necessidade de repensar ou reverter o seu modo de olhar para a doença mental na busca de novas formas de lidar com ela.

Surge a desinstitucionalização como forma de ruptura da institucionalização da doença mental. Barros (1993) e Amarante (1994) ressaltam a desinstitucionalização como forma de pensar e intervir nas questões da vida e da saúde, revendo a ruptura do paradigma clínico e proporcionando novas formas de subjetivação na luta contra a exclusão.

A desinstitucionalização é considerada como uma compreensão da instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que culminaram na produção de determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (NICÁCIO, 1990).

É importante explicitar que a desinstitucionalização não é apenas a desospitalização nem a desconstrução de manicômio, mas sim um processo de invenção de novas possibilidades de assistência, levando em consideração a complexidade da loucura como aspecto biológico, político, cultural e social, que se reporta ao problema ético e de cidadania do indivíduo que sofre.

Corroborando a discussão, Amarante (1996) resalta que a desinstitucionalização é uma desconstrução do arcabouço teórico da psiquiatria e das práticas psiquiátricas e a invenção prático-teórico, de formas de lidar com o indivíduo doente.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização é marcado por vários acontecimentos como a VIII Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1986, que colaborou com a implantação do SUS que propugnava em seu projeto, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde dentro dos princípios de universalidade, descentralização, integralidade, regionalidade e

hierarquização dos serviços e o financiamento do setor com responsabilidade em nível federal, estadual e municipal.

Em 1987, iniciou-se uma campanha na área de saúde mental, tendo como tema "Por uma sociedade sem manicômios", lançada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, originando a formulação do Projeto de Lei n.º 08/91-C, de autoria do deputado Paulo Delgado que propôs a Reforma Psiquiátrica, sugerindo critérios para a internação involuntária, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e revogando parte das disposições do Decreto no 23.559 de 03/07/1934. Esse movimento suscitou ampla discussão sobre a doença mental, a psiquiatria e as instituições asilares, o que levou à configuração do movimento de reforma psiquiátrica.

Realizou-se, também a I Conferência Nacional de Saúde Mental, trazendo como tema principal cidadania e doença mental, fortalecendo uma política de inserção social do indivíduo através de programas assistenciais feitos em ambulatórios, seguidos da implementação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, hospital dia, pensões protegidas, além de procurar engajar a comunidade.

Somente em 1989 chegou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657, do deputado do PT Paulo Delgado, que propunha a extinção e a substituição do hospital psiquiátrico pelos recursos extra-hospitalares de atenção ao portador de transtorno mental.

Outro elemento fundamental que contribuiu para o processo de Reforma Psiquiátrica foi à conjuntura transformadora da Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, no ano de 1990, com a participação das Organizações Pan Americana e Mundial da Saúde (OPAS/OMS), tendo como meta a "reestruturação" imediata da assistência psiquiátrica para adequação das legislações dos países, de tal forma que "assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização de serviços que garanta o seu cumprimento" (DESVIAT, 1999).

Em 1992, realizou-se também a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em continuação às reivindicações dos trabalhadores de saúde mental, com propostas para a reflexão crítica da necessidade das mudanças na assistência psiquiátrica, sendo definidas diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica inserida na lógica da Reforma Sanitária Brasileira (FRAGA, 1998).

Um substitutivo projeto de lei proposto por Paulo Delgado foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República em 2001, na forma da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde (BRASIL, 2001).

Ressaltamos nesse cenário a importância da Reforma Psiquiátrica, no apoio e tratamento ao portador de transtorno mental, haja vista que não há espaço para o preconceito e a exclusão social. Para Fraga (1999, p. 273), as metas da Reforma Psiquiátrica consistem em:

“Reverter à tendência hospitalocêntrica através da implantação de um sistema extra-hospitalar e multiprofissional de assistência; proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos e o credenciamento de novos leitos nos hospitais convencionais; reduzir progressivamente tais serviços através de sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais; promover a saúde mental integrando-a outros programas de saúde, movimentos sociais e institucionais.”

A Reforma Psiquiátrica propõe, ainda, uma política de inserção do indivíduo por meio de programas assistenciais feitos em ambulatórios, inicialmente, seguidos da implementação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, além de procurar engajar a comunidade a participar e se envolver pela melhor qualidade de vida das pessoas com sofrimento mental, no entanto, sua política necessita do apoio dos pacientes, de seus familiares, dos trabalhadores de saúde mental e da sociedade em geral, além do reconhecimento do governo e de seu respaldo financeiro.

A concretização da Reforma Psiquiátrica parece ser uma tarefa complexa, já que precisaria de apoio em todos os setores da sociedade, adotando uma

complexidade de conhecimentos no cotidiano. Ressaltando este último ponto, Oliveira (1999) assegura que, ao trabalhar os princípios da Reforma Psiquiátrica, os profissionais de saúde precisariam repensar suas funções no dia-dia, procurando melhorar a maneira de assistir o indivíduo, buscando novos horizontes tanto para si, como para o cliente.

O Ceará foi o segundo Estado Brasileiro a aprovar a lei da Reforma Psiquiátrica (n.º 12.151/93), de autoria do deputado estadual Mário Mamede. A história do Ceará na substituição do modelo assistencial asilar foi marcada por diversas fases. No início da década de 1990, houve várias denúncias no atendimento asilar e nas experiências do Programa Integral de Saúde Mental (PISAM). A partir de 1991 a 1998, destacamos a I Conferência Estadual de Reforma Psiquiátrica e a criação de projetos alternativos, bem-sucedidos, que formaram os CAPSs, de Iguatu (1991), Canindé (1993), Quixadá (1993), Cascavel (1995), Iço (1995), Juazeiro do Norte (1995), Sobral (1995) e Aracati (1997) (SOARES, 2002).

É importante ressaltar que, nos meados de 1998 a 2000, adotaram-se propostas estaduais para implantação de CAPS por mais de seis municípios, a inclusão de um CAPS em cada rede das vinte e uma Microrregionais de saúde e aceitação, pelo Governo Municipal de Fortaleza, de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional. Também houve o I Encontro Estadual de CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), segundo o qual a capacitação de pós-graduação nesta área seria responsabilidade da UECE e da Escola de Saúde Pública do Ceará (Esp-CE).

No entanto, a implantação dos CAPS no Ceará apresentou-se de forma tímida, não conseguindo alcançar a meta de que até o ano 2000 iria implantar 27 CAPS no Estado. Atualmente a rede de serviços de saúde mental no Ceará tem avançado, uma vez que já existem vinte e três CAPSs, três deles em Fortaleza e vinte noutros municípios. Em Fortaleza, concentram-se sete hospitais psiquiátricos especializados, sendo um público, dois filantrópicos e quatro particulares (CEARÁ, 2002).

As implantações de novos serviços substitutivos como os CAPS funcionam de modo particularmente lento, em diferentes ritmos de cada município, apresentando várias injunções na reestruturação da atenção à saúde mental.

Atualmente, a política de saúde mental prevê que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por novos serviços extra-hospitalares que prestam assistência em diferentes níveis, favorecendo o vínculo terapêutico como elemento de equilíbrio para o cliente e que ensejem a referência e contra-referência entre os serviços (SOUZA e FRAGA, 1996).

No Município de Caucaia, até o ano 2000, a assistência prestada em saúde mental limitava-se apenas a transferências de pacientes para a Capital do Estado, pois não havia serviço estruturado nesta área. Em 2002, o Município implantou um ambulatório de saúde mental com uma equipe multiprofissional composta de 01 psiquiatra, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 enfermeira e 01 auxiliar de enfermagem, recebendo referência dos profissionais do PSF.

Atualmente, o Município implantou um CAPS adulto para receber referências do PSF e outros municípios vizinhos, também, se encontra em fase de organização da atenção primária, e está inserido na II Microrregional de Saúde do Estado, sendo considerado Módulo Assistencial na atenção secundária para os municípios vizinhos. Desta forma, a ampliação da rede em saúde mental é de suma importância para organização das microrregionais de saúde do Estado.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Natureza do Estudo

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, tendo como propósito analisar a prática em saúde mental realizada por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família (PSF) junto às famílias acompanhadas. A opção pela abordagem qualitativa prende-se à nossa compreensão de que esta incorpora melhor o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais como construções humanas significativas.

Este tipo de abordagem permite perceber nuances relativas à percepção e visão de mundo dos entrevistados, as quais aproximam sujeito e objeto, permitindo a descrição e análise da interação de variáveis envolvidas em um determinado problema, compreendendo e classificando processos dinâmicos vividos por grupos sociais.

Para Leopardi (2000), as abordagens qualitativas são utilizadas quando não se pode usar instrumentos de medida precisos, quando se deseja dados subjetivos ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação ou proposta de programas, ou ainda quando não se possui informação sobre o assunto.

A pesquisa constitui um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, pelas próprias características do objeto de estudo, uma vez que desejamos abordar a prática desses profissionais do PSF em saúde mental, buscando apreender o modo como pensam e agem esses trabalhadores da saúde, condições essencialmente qualitativas e a importância das experiências para melhorar a promoção da qualidade de vida da comunidade assistida.

Como explica Triviños (1987, p. 86), "A pesquisa de natureza descritiva é aquela que tem como foco essencial o desejo de conhecer uma realidade, ou seja, descrever fatos e fenômenos de uma determinada situação."



### **3.2 O Campo de Investigação e os Sujeitos da Pesquisa**

Escolhemos como campo de investigação as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) do Município de Caucaia - Ceará. A escolha destas UBASFs deveu-se ao fato de congregarem um maior número de enfermeiros e médicos e atenderem uma demanda maior de usuários, além de manterem menor rotatividade entre os profissionais de saúde aí inseridos. Outros fatores determinantes para a escolha do local têm relação com o fácil acesso e os vínculos que formamos com as equipes, por ter trabalhado em umas das equipes do PSF.

Foram escolhidos sete UBASFs da zona urbana para a investigação, sendo todas cadastradas pelo Ministério da Saúde e vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. Das sete, cinco estão localizadas na faixa litorâneo do Estado do Ceará, abrangendo as praias do Cumbuco, Tabuba, Icaraí, Pacheco e Iparana e duas na Sede.

A UBASF funciona com uma nova lógica de atribuir maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população em uma área de abrangência, formada por uma equipe de saúde da família, composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde.

Considerada, ainda, como uma porta de entrada do sistema de saúde, sua dinâmica de atendimento segue as orientações do Ministério da Saúde, em conjunto com o Município. As ações de saúde desenvolvidas são: Programa de Controle às Carências Nutricionais, Programa de Combate à Tuberculose e Hanseníase, Programa de Prevenção às DST/AIDS, Programa de Controle de Diabetes e Hipertensão, Assistência Farmacêutica, Vigilância à Saúde (sanitária e epidemiológica), Programa de Saúde Bucal e outros.

A decisão de realizar a pesquisa no Município deu-se em consequência de já termos integrado um das equipes do PSF de Caucaia e conhecendo as deficiências relacionadas com a atenção às demandas de saúde mental da população assistida.

Os sujeitos da pesquisa foram 07 enfermeiros (as) e 05 médicos (as). Todos atenderam aos critérios propostos, que foram: ser profissionais do PSF da faixa litorânea e da Sede considerada zona urbana; ter no mínimo seis meses de atividades no PSF e aceitar participar da pesquisa. Dois médicos se recusaram a participar da pesquisa, justificando não terem afinidade com a área de saúde mental, totalizando apenas cinco médicos.

A razão de pesquisar somente a prática dos enfermeiros e médicos do PSF dentro equipe foi por estarem mais envolvidos dentro do processo saúde doença mental das famílias acompanhadas.

### **3.3 Cenário da Pesquisa**

O Município escolhido como cenário de investigação foi Caucaia, localizado na zona litorânea do Ceará, 08 km da Capital, parte integrante da Área Metropolitana de Fortaleza, com acesso pelas rodovias BR 222 e pela Ponte Rio Ceará - Barra do Ceará, ocupando uma área de 1293 km<sup>2</sup>. Possui uma exuberante linha turística, com praias bastante conhecidas e freqüentadas, como Cumbuco, Tabuba, Icarai, Iparana, Pacheco, Embuaca, Barra do Cauípe, Barra Nova e parte da Barra do Ceará.

A população do Município é estimada em 250.000 habitantes, sendo que 90,4% moram na zona urbana e 9,7% na zona rural (IBGE, 2000). O Município está dividido em oito áreas administrativas, com distribuição de acordo com o crescimento populacional de cada localidade, colocando-se o Distrito-Sede em primeira instância, seguido dos demais: Catuana, Tucunduba, Mirambé, Sítios Novos, Guararu, Bom Princípio e Jurema. Foi, ainda, classificado em três regiões geoambientais: litoral, sertão e serra.

incípio e Jurema. Foi, ainda, classificado em três regiões geoambientais: litoral, rtão e serra.

O Município tem seus limites territoriais assim definidos: ao norte, com ceano Atlântico; ao sul, com Maranguape; ao leste, com Fortaleza, Maracanaú e aranguape; ao Oeste, com Pentecoste e São Gonçalo do Amarante.

A rede de saúde do Município é composta por 38 centros de saúde nculados ao Programa Saúde da Família (PSF), sendo que algumas unidades de úide têm duas ou mais equipes de PSF instalada, perfazendo um total atualmente de ) equipes, das quais 50 estão lotadas na zona urbana e 10 na zona rural, perfazendo na cobertura de 90% da população (CAUCAIA, 2004).

#### **4 Produção dos Dados**

Os dados foram produzidos junto aos sujeitos pesquisados e através da nálise de conjunto de documentos relativos à criação e implantação da rede de enção à saúde, notadamente, do Programa de Saúde da Família. A coleta das formações junto aos enfermeiros e médicos das UBASFs deu-se através de ntrevista semi-estruturada (Apêndice III), realizada durante os meses de maio a gosto de 2003.

No primeiro momento da pesquisa, analisamos o conjunto de documentos obre o PSF e realizamos observação livre nas UBASFs, o que nos permitiu apreender spectos da realidade relacionados à problemática da investigação não contemplados m outros momentos. Foram observadas: a forma de atendimento da clientela nas UBASFs; as ações em saúde mental desenvolvida pela equipe; e as condições para o tendimento das demandas emocionais da clientela.

Para Haguette (1997, p. 71), a observação é :

...como um processo no qual a presença do observador, numa situação social, é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, em participando com eles, em seu ambiente natural de vida, coleta dados. Logo, o observador é parte do contexto sendo observado, no qual ele o modifica e é modificado por esse contexto.

A técnica de observação é de suma importância por possibilitar que sejam captados situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, podendo ser aplicada diretamente na própria realidade, possibilitando identificar o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (CRUZ NETO, 1994).

Segundo Lüdke e André (1986), a observação, associada com outras técnicas de coleta, estabelece contato pessoal e estreito com a realidade pesquisada. À medida que o pesquisador acompanha "in loco" as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender sua visão do mundo.

Esta fase da pesquisa contribuiu bastante para melhor compreensão do funcionamento das UBASF e da prática dos enfermeiros e médicos do PSF. Paralelamente, usamos o diário de campo para registrar todo e qualquer fato que pudesse ser relevante para a pesquisa, assim como as observações do pesquisador. Para Triviños (1987), as anotações de campo são descrições dos comportamentos, ações e habilidades, de acordo com sua ocorrência, na realidade.

No segundo momento da pesquisa, empregamos, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista, previamente testado, contendo questões fechadas e questões norteadoras. As primeiras serviram para traçar as variáveis de caracterização dos sujeitos: sexo, idade, estado civil, formação profissional, capacitação em saúde mental, tempo de trabalho no PSF, renda familiar e outro vínculo empregatício. As questões norteadoras tiveram o objetivo de caracterizar a prática do grupo pesquisado na atenção em saúde mental, o propósito maior dessa pesquisa (Apêndice III).

Optamos pela entrevista semi-estruturada por considerarmos que, desta forma, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem

respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Este tipo de entrevista permite maximizar a apreensão da realidade empírica.

Para Triviños (1987, p. 86), a entrevista semi-estruturada

“(...) valoriza a presença do investigador, oferecendo perspectivas possíveis para que os informantes alcancem a liberdade e a espontaneidade necessária a enriquecer a investigação.”

A entrevista é um processo interativo, objetivando a obtenção de informações por parte do entrevistador, sendo necessária a elaboração de um roteiro para que o pesquisador se oriente quanto ao tema pesquisado (HAGUETTE, 1997).

Os profissionais do PSF (enfermeiros e médicos) foram entrevistados individualmente, tendo a entrevista agendada por telefone, definindo-se data, horário e local onde a mesma ocorreria, dependendo da disponibilidade do entrevistado. Todos foram entrevistados nas respectivas UBASFs.

### **3.5 Aspectos Legais e Éticos da Pesquisa**

O estudo foi realizado considerando-se o que prevê a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece normas para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

As normas estabelecidas pela Resolução 196/96 explicitam que quando seres humanos são utilizados em pesquisas, deverão ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais, do respeito ao indivíduo e, conseqüentemente, a sua autonomia, beneficência, incluindo também a não-maleficência e da justiça (GONDIM; FRANCISCONI, 1999).

Os autores mencionados acima explicam que todo projeto de pesquisa que envolve seres humanos deve incluir um Termo de Consentimento Informado (Apêndice II), no qual deverão estar descritos, em linguagem clara e acessível, as justificativas, os

objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como os riscos e desconfortos, caso haja, e os benefícios que podem ser esperados com a realização do projeto.

O Termo de Consentimento Informado deve assegurar, ainda, que o participante da pesquisa tem o direito de não participar ou de se retirar do estudo a qualquer momento e que serão preservados a privacidade e o anonimato do sujeito e o caráter confidencial das informações coletadas.

Em observância aos aspectos éticos, enviamos à instituição selecionada para o estudo o projeto de pesquisa, bem como o ofício de solicitação para a realização do estudo. Após o aceite formal da instituição e a aprovação do Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, demos prosseguimentos aos trabalhos (Apêndice I).

Durante a observação, na primeira etapa da coleta de dados, os profissionais foram informados de que estariam sendo observados. Para a realização das entrevistas, inicialmente, demos informações sobre a pesquisa, seus objetivos e aspectos éticos envolvidos, destacando os cuidados relativos ao sigilo dos informantes e o caráter voluntário da participação. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento informado e todos os relatos foram gravados em fitas K7 com a aquiescência dos participantes da pesquisa para posterior transcrição.

Os discursos produzidos pelos sujeitos da pesquisa foram transcritos na íntegra e codificados, utilizando-se as letras "E" (enfermeiro) ou "M" (médico), seguidas de numeral de 1 a 7.

### **3.6 Tratamento e Análise dos Dados Produzidos**

A análise de dados foi realizada a partir dos discursos dos sujeitos, com base nos quais procuramos apreender a prática de saúde mental desenvolvida pelos enfermeiros e médicos do PSF. Para tal, utilizamos o método de Análise de Conteúdo.

Bardin (1977, p. 28) define análise de conteúdo como sendo:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens .

Através da análise de conteúdo, buscamos o conhecimento, a explicação ou concentração de conteúdos inaparentes. A análise de conteúdo é um método em que se utilizam os procedimentos de classificação, codificação e categorização dos conceitos, sendo sua intenção interferir os conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção na comunicação (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

A técnica da análise de conteúdo utilizada foi a análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha significado para o objetivo analítico pretendido (MINAYO, 1994).

Segundo Gomes (1995), esta técnica consiste, basicamente, numa leitura atenta de cada descrição individual do assunto investigado, a fim de apreender o significado contido na mensagem emitida pelo sujeito.

Para Bardin (1977), tudo pode ser submetido a uma análise de conteúdo, desde que tenha sido escrito ou falado. Para tal, deve-se excluir do campo de aplicação da análise de conteúdo elementos não propriamente lingüísticos, como filmes e representações pictóricas.

O referencial metodológico da análise de conteúdo inicia com a fase de pré-análise, que se divide em três subfases: a formulação das hipóteses e dos objetivos; a referenciação dos índices, e a elaboração de indicadores.

A pré-análise inclui a leitura flutuante das informações; a escolha dos documentos para a constituição de um corpus, ou seja, um conjunto de documentos que são submetidos aos procedimentos analíticos, seguindo as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para poder constituir o *corpus*.

⇨ **Regra de exaustividade**- voltada para a necessidade de ter-se em conta todos os elementos deste corpus. Bardin (1977) descreveu a regra de exaustividade, detendo-se no fato que extrair significa não deixar fora da pesquisa qualquer um de seus elementos, sejam quais forem às razões.

⇨ **Regra da representatividade**- demonstra que a amostra é considerada uma parte representativa do universo e que os resultados poderão ser generalizados. Bardin (1977) demarca que a amostra é uma parte integrante do universo, que os resultados obtidos poderão ser generalizados ao todo.

⇨ **Regra de homogeneidade**- demonstra que as informações devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar singularidade.

⇨ **Regra de pertinência**- considera que os documentos ou informações devem ser adequados, de forma que estejam de acordo com os objetivos suscitados para a análise.

A seguinte fase é a exploração, a qual é constituída pelas operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registro (temas, palavras e frases), a escolha das regras de contagem, a classificação e agregação das informações em categorias. Para Bardin (1977), a codificação é definida como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.



A categorização é uma operação classificatória de elementos agrupados por uma mesma taxonomia. Ela é composta pelo inventário (função de isolar elementos) e a classificação (organização das mensagens).

Na fase de inferência, devem ser observados os seguintes aspectos: o emissor da mensagem (indivíduo ou grupo); o receptor da mensagem; a mensagem; o código (indicador para revelar realidades) e a significação (passagem sistematizada pelo estudo formal dos códigos).

O tratamento dos resultados e interpretação realiza-se com o processo de interpretação das informações, cujo produto deverá evidenciar a realidade subjacente em estudo. Consiste na proposição de inferências pelo analista e na realização de interpretações de acordo com o seu quadro teórico (BARDIN, 1977).

Para Bardin (1977, p.39),

Estas inferências (ou deduções lógicas) podem responder a dois tipos de problemas: o que é que conduz a um determinado enunciado? Este aspecto diz respeito as causas ou antecedentes da mensagem; quais as conseqüências que um determinado enunciado vai provavelmente provocar? Isto se refere aos possíveis efeitos das mensagens (por exemplo: os efeitos de uma campanha publicitária, de propaganda).

Todo este processo de análise dos dados, pode ser resumido no que propõe Minayo (1994) na descrição das três fases: 1) ordenação dos dados (entrevistas e documentos); 2) classificação dos dados, destacando-se a leitura exaustiva e repetida dos textos, constituição de um ou vários *corpus* de comunicações, se o conjunto das informações não é homogêneo; 3) análise final, constituindo-se como resultado de todas as etapas anteriores, num movimento incessante entre o empírico e o teórico, indo do concreto ao abstrato e do particular para o geral, sempre provisório.

Nesse estudo pretendemos apreender o conteúdo subjacente ao que está colocado, abstraído das falas dos sujeitos da pesquisa, para posterior organização e análise. Por conseqüente, interpretação das informações que foram analisadas, a

associação e a relação dos dados produzidos. O processo de análise foi realizado com base no discurso dos sujeitos, recorrendo aos autores que trabalham com a temática.

Os discursos dos enfermeiros e médicos, depois de agrupados, foram lapidados em grandes categorias, utilizando em alguns momentos, partes de suas falas, devidamente codificadas com as letras E (enfermeiro) e M (médico) e os numerais de 1 a 7 para identificação de cada entrevistado (Exs: E1 e M1), preservando-se o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

#### **4 A PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PSF: APREENSÃO DE UMA REALIDADE**

O presente estudo teve como propósito analisar a prática dos enfermeiros e médicos do PSF na atenção em saúde mental no Município de Caucaia-CE, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A aproximação do objeto de estudo deu-se através de leitura de documentos e dos discursos dos sujeitos, os quais revelam a prática no PSF. Agrupamos suas falas, escolhendo várias categorias temáticas e subtemáticas que forneceram elementos para uma leitura dessa realidade.

Iniciamos com a caracterização dos sujeitos da pesquisa nos aspectos sócio-demográficos, posteriormente, desenvolvemos categorias relacionadas à prática dos enfermeiros e médicos do PSF, tendo como foco principal atenção à saúde mental.

##### **4.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa**

Esta categoria inicia-se com o perfil dos enfermeiros e médicos do PSF, enfocando as características sócio-demográficas, definidas através de variáveis, tais como: sexo, faixa etária, estado civil, formação profissional, tempo de formado, tempo de trabalho no PSF, situação empregatícia e a renda familiar. Para uma melhor visualização, estes dados serão apresentados em tabelas e analisados.

O grupo pesquisado foi composto por um total de doze (12) profissionais, sendo sete (7) enfermeiros e cinco (5) médicos.

**Tabela 1 - Distribuição de enfermeiros e médicos do PSF segundo o sexo. Caucaia- CE, 2003.**

Profissional/ Gênero	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
Masculino	02	28,6	04	80	06	50
Feminino	05	71,4	01	20	06	50
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Os enfermeiros do PSF de Caucaia são, em sua maioria, do sexo feminino (71,4%), confirmando a realidade dos trabalhadores de saúde no Brasil, que é constituída, prioritariamente, por mulheres. Monticelli (2000) afirma que a enfermagem continua sendo uma profissão essencialmente feminina e toma por base um estudo sobre os recursos humanos em saúde no Mercosul, realizados por Campos, Brito e Rigoli os quais constataram que, no Brasil, o percentual de mulheres que constituem a força de trabalho da enfermagem é de 95%.

Neste sentido, a tendência de mulheres no mercado de trabalho brasileiro tem evoluído bastante no setor saúde, identificando que o crescimento do trabalho feminino tem sido mais significativo entre os trabalhadores de nível superior do que entre os níveis médio e elementar. (MÉDICI, 1987).

Para Pitta (1990, p. 113) este fato tem duas explicações:

[...] uma de natureza econômica, que teria relação com tendências do mercado de trabalho e políticas de empregos, outra de ordem mais subjetiva, de uma adequação, através de atividades reparadoras dos processos femininos de sublimação, estendendo para locais de trabalho pulsões habitualmente satisfeitas na esfera doméstica, qualificando e monetarizando impulsos primitivos femininos.

Já os médicos do PSF são, em sua maioria, do sexo masculino 04 (80%) e apenas 01 (20%) sexo feminino, demonstrando resultados diferentes da pesquisa de Machado (2000) em relação ao perfil dos enfermeiros e médicos do PSF da Região

Nordeste, onde o PSF absorve maior número de mulheres em suas equipes de trabalho.

É importante ressaltar que as situações são diferenciadas entre homens e mulheres quanto aos processos produtivos, ou seja, a questão de gênero deve ser vista como elemento fundamental na elaboração de um marco teórico e metodológico na área da saúde do trabalhador.

Conforme podemos observar na TABELA 2 abaixo, a faixa etária dos pesquisados nos revelou que a idade variou de 21 a 51 anos ou mais. Verificamos que 41,7% do grupo têm idade entre 21 a 30 anos, o que implica uma pequena experiência de vida e, possivelmente, em uma menor maturidade para enfrentar as situações do cotidiano na atividade prestada, veja a TABELA 2.

**Tabela 2 - Distribuição de enfermeiros e médicos do PSF por faixa etária. Caucaia-CE, 2003.**

Categorial / Idade (anos)	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
21 – 30	04	57,1	01	20	05	41,7
31 – 40	01	14,3	03	60	04	33,3
41 – 50	01	14,3	-		01	8,0
51 ou +	01	14,3	01	20	02	17,0
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Outro aspecto relevante é o fato dos profissionais serem jovens e uma das justificativas para isso, deve-se à constatação de que esse é um dos principais critérios de seleção dos profissionais para ingresso no PSF.

Teixeira e Mishima (2000), estudaram o perfil dos enfermeiros do PSF, revelando que esta é uma área de mercado de trabalho de enfermagem em expansão, proporcionando oportunidades para recém-formados.

Nas proposições relatadas, os profissionais do PSF de Caucaia são mais jovens do que os resultados do estudo de Machado (2000) sobre o perfil de enfermeiros e médicos do PSF da Região Nordeste, onde identificou uma concentração maior de profissionais entre 30 e 49 anos, sendo 62,1% médicos e 56,8% enfermeiros.

Quanto ao estado civil, apresentamos a TABELA 3 abaixo, demonstrando a frequência dos profissionais.

**Tabela 3 - Distribuição de enfermeiros e médicos do PSF segundo o estado civil. Caucaia - CE, 2003.**

Estado Civil	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
Solteiro	01	14,3	-		01	8,3
Casado	05	71,4	05	100	10	83,4
Divorciado	01	14,3	-		01	8,3
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Observamos que somente um dos enfermeiros é solteiro e todos os médicos são casados. Essa condição civil do grupo pesquisado pode ter relação com o fato de se encontrarem em idade produtiva, com profissão definida e estarem inseridos no mercado de trabalho, condições que favorecem a construção de relações pessoais mais estáveis.

**Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos de acordo a Formação Profissional- Caucaia - CE. 2003.**

Formação profissional	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
Graduação	03	42,9	-		03	25
Especialização	04	57,1	02	40	06	50
Residência	-		01	20	01	8,3
Mestrado	-		02	40	02	16,7
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Percebemos que 50% do grupo pesquisado possuem formação como especialistas. 57,1% dos enfermeiros têm especialidades e dentre os que possuem apenas a graduação 42,9% e estão realizando o curso de especialização. Dos médicos 40% têm especialização, 40% mestrado e 20% residência.

O fato de 50% dos pesquisados possuírem pelo menos uma especialização, parece-nos significativo, pois demonstra que eles reconhecem a necessidade de estarem preparados para o trabalho do PSF.

Em relação às áreas de especialização escolhidas pelo grupo, 02 enfermeiros concluíram o Curso de Especialização em Saúde Pública, 01 em Saúde da Família, 01 em Pneumologia e 01 em Enfermagem Médico-cirúrgico. Dos médicos do PSF, 01 tem Mestrado em Saúde Pública, 01 em Biofísica, 01 em Residência em Saúde da Família e 01 em Especialização em Ginecologia-obstetra.

Observamos, ainda, que a Especialização em Saúde Pública é a que apresenta maior freqüência de escolha, embora exista uma divisão equilibrada entre as outras especializações citadas.

Identificamos, também, a importância do aperfeiçoamento por parte dos entrevistados, onde a busca do conhecimento profissional é um forte reflexo das exigências do mercado de trabalho, haja vista, este requerer pessoas habilitadas para o serviço.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde revelou que 97,2% dos profissionais de saúde da família (enfermeiros e médicos) manifestaram desejo de maior aprimoramento técnico-científico para realizar suas atividades no PSF. (BRASIL, 1999).

Os dados referentes aos enfermeiros e médicos são inferiores aos encontrados por Machado (2000) na Região Nordeste, os quais revelaram que 37,9%

dos profissionais tinham especialização, enquanto comparados com os resultados dos enfermeiros e médicos de Caucaia demonstraram 50%.

Outro ponto importante, em relação aos sujeitos da pesquisa é o tempo de formado, conforme podemos observar na TABELA 5.

**Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos de acordo Tempo de Formado. Caucaia-CE. 2003.**

Tempo de formado	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
1 a 5 anos	04	57,1	02	40	06	50
6 a 10 anos	-	-	01	20	01	8,3
11 a 15 anos	01	14,3	01	20	02	16,7
16 a 20 anos	01	14,3	-	-	01	8,3
21 ou +	01	14,3	01	20	02	16,7
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Analisando a TABELA 5, podemos verificar que 50% dos entrevistados têm de 01 a 05 anos de tempo de formado, sendo novos na profissão. O tempo de formado variou entre 1 a 21 anos ou mais.

Com base no estudo de Teixeira e Mishima (2000) os enfermeiros e médicos têm mais uma área de expansão no mercado de trabalho que é a Saúde da Família, proporcionando mais uma oportunidade para os recém-formados.

A metade dos enfermeiros e médicos pesquisados é formada por jovens e recém-formados, com imaturidade profissional e demonstram muita vontade de aprofundar-se nos conhecimentos relacionados à Saúde da Família. É importante explicitar que o ingresso para o PSF toma-se aceito pelos profissionais como uma possibilidade de um novo emprego, no qual teriam uma remuneração que realmente compensasse o seu valor como profissionais, levando em consideração o reconhecimento de sua prática pela sociedade.



Decidimos, também, classificar o tempo de trabalho desses profissionais no PSF, conforme a TABELA 6 abaixo.

**Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos de acordo com Tempo de Trabalho no PSF. Caucaia-CE. 2003.**

Tempo de trabalho no PSF	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
1 a 2 anos	05	71,4	02	40	07	58,4
3 a 4 anos	02	28,6	02	40	04	33,3
5 a 6 anos	-	-	01	20	01	8,3
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Verificamos, com base na TABELA 6 acima, que 58,4% dos entrevistados têm de 1 a 2 anos de trabalho no PSF, o que indica pouca experiência profissional. O tempo de trabalho variou de 1 a 6 anos. A jornada de trabalho dos entrevistados é de 40 horas/semanais. É possível constatar também que 41,6% deles têm vínculo há mais de 3 anos no PSF.

A rotatividade no PSF é bastante discutida e comum nos diversos municípios brasileiros. Em Caucaia-CE, constatamos que a rotatividade dos enfermeiros e médicos do PSF é pequena, sendo um sinal positivo que temos encontrado, 46,1% dos profissionais estão no Programa há dois anos. A pouca rotatividade é devido à proximidade da capital em busca de aprimoramento técnico-científico, ou à necessidade de estar mais próximos da família.

O Município de Caucaia implantou o Programa Saúde da Família a partir de 1998, iniciando com apenas 7 equipes de PSF. Hoje, existem 60 equipes do PSF, as quais passam por um processo de organização na atenção primária dos serviços de saúde, buscando soluções para amenizar a questão da rotatividade desses profissionais.

Outra classificação que elaboramos foi quanto à situação empregatícia desses profissionais, veja a TABELA 7.

**Tabela 7- Distribuição dos Enfermeiros e Médicos do PSF de acordo com Situação Empregatícia. Caucaia-CE. 2003.**

Situação empregatícia	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
Tem 01 emprego	02	28,6	-	-	02	16,7
Tem 01 emprego e atividade de prestação de serviços	05	71,4	04	80	09	75
Tem 01 emprego e aposentadoria	-	-	01	20	01	8,3
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Na TABELA 7 acima, observamos que dos 12 entrevistados, somente 02 (28,6%) referiram ter apenas um emprego. Analisando as informações, podemos perceber que 75% possuem mais de um emprego, totalizando a maior parte deles. Assim sendo, para ter uma melhor renda eles têm que se submeter a uma jornada de trabalho adicional.

Um ponto que chamamos atenção é que dos 07 enfermeiros analisados, 05 (71,4%) realizam atividades de prestação de serviços, lecionando em cursos de auxiliar e técnico de enfermagem, evidenciando mais uma fonte de renda. Dos médicos entrevistados, 80% trabalham em hospitais particulares em sistema de plantões.

Ao analisarmos criticamente a jornada de trabalho desses profissionais, visualizamos a sobrecarga de trabalho em relação ao comprometimento da saúde do trabalhador, pois, além de terem outros vínculos empregatícios somados com a jornada do PSF, que é 40 horas semanais, percebemos através das anotações de campo, que esses profissionais do PSF não se preocupam com excessiva carga de trabalho e nem tampouco com a qualidade de vida, esquecendo ou desconhecendo a possibilidade de surgirem repercussões significativas na saúde do trabalhador, como o aparecimento de distúrbios do sono, problemas digestivos e psicossociais. (JARDIM; PERECMANIS; SILVA FILHO, 1996).

Para finalizarmos a classificação, apontamos a renda familiar como uma característica importante dos sujeitos da pesquisa, veja a TABELA 8 abaixo.

**Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos do PSF de acordo a Renda Familiar. Caucaia-CE. 2003.**

Renda família	Enfermeiros		Médicos		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%
4 a 6 salários	03	42,9	-	-	03	25
7 a 10 salários	04	57,1	-	-	04	33,3
11a 13 salários	-	-	-	-	-	-
14 ou +	-	-	05	100	05	41,7
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

De acordo com a TABELA 8 acima, 57,1% dos enfermeiros têm renda de 7 a 10 salários, 100% dos médicos têm renda familiar de 14 ou mais salários mínimos. Os salários dos enfermeiros variam de 4 até 10 salários, sendo que 42,9% deles têm renda de até 6 salários.

Verificamos disparidades de salários entre enfermeiros e médicos do PSF, haja vista, que o trabalho do PSF é em equipe. Através de algumas anotações do diário de campo visualizamos que as experiências vivenciadas por alguns enfermeiros, revelaram a exploração de seu trabalho, gerando insatisfação para os que acreditam no trabalho em equipe.

Em relação a esse aspecto, concordamos com Nascimento (2002) ao afirmar que a insatisfação da categoria de enfermeiros em sua atuação no PSF foi evidenciada pela relação de atividades e atribuições que seus integrantes carregam e realizam cotidianamente, além da defasagem salarial, visto que a carga horária do PSF é a mesma e eles recebem menor salário do que os médicos, sendo também o salário de Caucaia o menor da região, aproximadamente R\$ 1.200, e que acabam aceitando pela proximidade da Capital.

Vale ressaltar a importância do trabalho em equipe no PSF, gerando mais união entre os profissionais e o fortalecimento no cotidiano de ações desenvolvidas. A importância do trabalho de equipe é indiscutível, sobre isso relatam Moreira e Oliveira (1998, p. 47).

[...] o PSF preconiza uma mudança na prática e organização atual dos serviços que inclui, também a transição entre a ação isolada de um único profissional para o trabalho em equipe e, acima de tudo prevê uma estreita relação do setor saúde com outros setores da sociedade [...]

O trabalho do PSF tem sido construído através de vários saberes acumulados por parte dos profissionais, demonstrando vínculos afetivos e interdisciplinados que fortalecem o trabalho em equipe juntamente com a comunidade.

#### **4.2 Ações Desenvolvidas pelos Enfermeiros e Médicos do PSF**

A prática dos profissionais do PSF envolve diversas ações no âmbito da saúde da família, tendo o objetivo melhorar a qualidade de vida da população, no intuito de uma assistência que contemple o cuidado holístico, vislumbrando o atendimento às necessidades psicossociais, à promoção da saúde, prevenção das doenças e à recuperação do indivíduo.

Nesse contexto, as ações desenvolvidas por aqueles profissionais deverão ser realizadas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, mantendo a vigilância à saúde constante sobre a população assistida.

Considerando esses pressupostos, apresentamos a seguir uma descrição da prática dos enfermeiros e médicos do PSF através de suas falas.

#### 4.2.1 Atendimento de acordo com os programas do Ministério da Saúde

O Programa Saúde da Família baseia-se na lógica da estruturação de ações programáticas na rede básica de saúde do SUS, como diz Mendes e Gonçalves (1994):

A ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica tomando como ponto de partida a lógica de estruturação de programas de saúde.

Entretanto, o PSF aponta para um atendimento integral à família, onde suas ações são desenvolvidas através de programas do Ministério da Saúde, sendo ainda em conjunto com outras atividades como as visitas domiciliares, os trabalhos em grupos, as palestras, as orientações educativas, e não apenas de consultas médicas e odontológicas de urgências ou agendadas.

Ao analisarmos os discursos dos enfermeiros e médicos do PSF, percebemos que suas práticas estão voltadas às ações programáticas ministeriais, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do adolescente, saúde do trabalhador, saúde bucal, entre outros.

Essa lógica da programação em saúde é freqüente na descrição da prática cotidiana dos enfermeiros e médicos do PSF, conforme falas abaixo:

*Temos o atendimento semanal [...] mais à parte de atendimento as crianças, [...] tiram as fichas e a gente atende no mesmo momento, [...] não estamos fazendo a divulgação de palestras por que não temos espaço físico na unidade. (M 02)*

*Atendimento que envolve as gestantes, hipertensos, diabetes, crianças, programas como tuberculose e hanseníase [...] atendimento a demanda livre, pediatria, puericultura, visitas domiciliares, [...] a gente segue um calendário semanal. (M 05)*

*[...] nós procuramos cumprir as orientações seguindo o Ministério da Saúde, tem atendimento específico por faixa etária, ou por patologia, temos marcação de consultas. A marcação de consultas só para crianças é na segunda-feira, o atendimento com adolescente, sessões educativas, enfatizando temas como sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência, atendimento para hipertensão e diabetes, atendimento de tuberculose e hanseníase, visita domiciliar agendada (M 04)*

*[...] a gente tem um cronograma formado [...] costumamos fazer triagem das consultas que vão ser avaliadas na semana, acompanhamento das crianças menores, planejamento familiar, atendemos hipertensão, diabéticos [...] é um trabalho conjunto entre médicos e enfermeiros, muitas vezes fazemos o trabalho de sessão educativa, costumamos fazer visitas domiciliares, acompanhamento e reuniões com agente de saúde, reunião com a equipe [...] realizamos exame de glicemia, [...] atendemos os idosos, hipertensos, diabéticos, os idosos acamados. (E 04)*

*Seguimos uma rotina, gosto muito de organização, faço reuniões com o pessoal. Temos os dias para pediatria, para os programas da hipertensão e diabetes, o programa da gestante de quinze e quinze dias [...] um dia na semana para ver as gestantes, temos o programa do planejamento familiar as mulheres vêm periodicamente, levam preservativos, anticoncepcionais orais. Também atenção ao idoso, um dia para a dengue, faz-se sorologia, verificamos os sinais de perigo e encaminhamos se necessário. (M3)*

*Na segunda-feira trabalho só o pré-natal, atendo as gestantes, faço a relação dos SIS pré-natal, para enviar para o Ministério da Saúde. No primeiro trimestre da gravidez envio para consulta médica e eles fazem os exames, terça-feira trabalho só com crianças, dou alguns presentes e faço festinhas no dia das crianças, festinha no dia das mães, na quarta-feira atende duas localidades Tabuba e Parnamirim. Na quarta e quinta-feira vamos para o Cumbuco, iniciamos sempre com uma palestra, à tarde fazemos visita domiciliar, o trabalho do médico é fazer atendimento geral, o meu é só planejamento familiar, sexta-feira prevenção do câncer. Na segunda-feira entrego mapa de diarreia, qualquer caso suspeito faz-se a notificação e avaliação de investigação. (E 07)*

*Eu trabalho apenas a atenção do adolescente, dos adultos, dos idosos e da saúde da mulher [...] temos um ginecologista [...] a maioria dos pré-natais é feito por ele, a parte da prevenção do câncer também, [...] orientamos para o climatério, câncer de mama, [...] desenvolvemos a consulta individual [...] tínhamos um grupo de hipertensos, mas foi paralisado, costumamos fazer consultas domiciliares na comunidade, aos que necessitam, os acamados e os doentes mentais. (M 01).*

Dentro da rotina descrita por esses profissionais, verificamos que a prática desenvolvida é baseada em programas de saúde, os quais procuram exercer suas ações através de um cronograma semanal, onde o trabalho é realizado por equipe, agregando conhecimentos que permitem a integralidade da atenção. O atendimento tende a estruturar-se a partir de ações programadas para atender a grupos vulneráveis,

como: crianças, mulheres em fase reprodutiva, acompanhamento de doenças crônicas, limitando a demanda espontânea.

Um aspecto relevante apresentado nas falas acima é a questão da forma de organização em relação ao atendimento do PSF, procurando atender a demanda com base na queixa clínica. Esse tipo de atendimento tem por base o modelo clínico biomédico que privilegia a prática médica curativa e assistencialista, conforme destacado por Mendes (1996). Constatamos que, de certa forma, os enfermeiros assumem o atendimento da maioria das demandas de atenção primária, enquanto os médicos dedicam maior parte do seu tempo ao atendimento clínico.

Os discursos apontam algumas práticas com raízes fincadas no modelo antigo, como a demanda livre de atendimento, o tratamento das doenças como foco principal, contradizendo, em algumas situações, a filosofia do PSF, onde se recomenda um atendimento humanizado, preventivo, interdisciplinar, numa perspectiva de demanda organizada em sistema de agendamento de consultas.

De acordo com Brêda (2001) a prática desenvolvida pelos profissionais do PSF deve ser baseada em relações abertas, flexíveis e democráticas, destacando, em especial, o aconselhamento, o diálogo, as oficinas de expressão, o trabalho grupal. Acrescentando que devem ser utilizadas, não somente para prevenir doenças, mas também para inventar e reinventar a prática da atenção em saúde, e, prioritariamente, desenvolver o poder criativo em todas as direções, não se restringindo à monotonia de um trabalho meramente instrumental.

Um outro ponto destacado nas falas abaixo, a importância da educação em saúde como prática do enfermeiro no PSF, mesmo também apresentam uma acentuada dedicação ao atendimento clínico, além de serem os membros da equipe que mais realizam atividades administrativo-gerenciais, de capacitação, de supervisão em campo e de participação de reuniões com a comunidade. Já os profissionais médicos em seus discursos pouco se manifestaram sobre a importância da educação

em saúde em suas rotinas de trabalho, isso leva-nos a refletir as raízes fincadas do modelo curativo.

*Além de atender os programas estabelecidos, realizo palestras, a educação em saúde dentro da comunidade, com as lideranças do bairro e com os grupos para melhorar a interação posto de saúde e comunidade. E6*

*[...] gosto muito de reforçar o meu trabalho, sempre iniciando com uma palestra abordando temas relacionados à promoção e à prevenção à saúde, [...] trabalhar com educação em saúde é de suma importância para o PSF, é uma forma de humanização para o atendimento. E1*

*Além de atender os programas estabelecidos, realizo palestras, a educação em saúde dentro da comunidade, com as lideranças do bairro e com os grupos para melhorar a interação posto de saúde e comunidade. E6*

*[...] gosto muito de reforçar o meu trabalho, sempre iniciando com uma palestra abordando temas relacionados à promoção e à prevenção à saúde, [...] trabalhar com educação em saúde é de suma importância para o PSF, é uma forma de humanização para o atendimento. E1*

A análise da prática de enfermagem na perspectiva de um modelo de assistência que toma as necessidades sociais de saúde como prioridade, requer uma mudança dessa prática, de tal forma, o PSF enquadra as atividades da enfermagem dentro do modelo técnico-gerencial, sustentado pela Saúde Pública, o qual centraliza tais atividades nas áreas assistencial, educativa e gerencial. A prática da educação em saúde discutida pelos enfermeiros do PSF, é vinculada ao paradigma preventivo, com a ideologia da atenção primária em saúde e da promoção da saúde, defendida pelas organizações internacionais de saúde e pelas instituições de ensino (principalmente as escolas de enfermagem), a partir da década de 70, referendado na história natural da doença. (LEAVEL; CLARK, 1977).



É mister compreender o modelo teórico proposto por Leavell e Clark (1977) que associa a promoção da saúde com medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre o estilo de vida, o que contribui para compreender a prática educativa dos enfermeiros do PSF. Para fundamentar essa discussão, ressaltamos Victor (2002), em seu estudo sobre as práticas de educação em saúde realizada pelas enfermeiras nas unidades básicas de Saúde da Família, focalizadas na mudança de comportamento, no estilo de vida e nos hábitos saudáveis.

Entendemos que a educação em saúde é uma grande ferramenta no PSF, na perspectiva da promoção da saúde e na prevenção das doenças. É importante discutir, ainda, que a educação em saúde não pode ser entendida apenas como cuidados pessoais para evitar doenças, para se obter mudanças individuais relativas à falta de higiene, ignorância e não obediência a determinados preceitos da prática médica considerada como cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção da saúde.

Dentro desse contexto, ressaltamos o papel do enfermeiro como educador em saúde, principalmente no nível primário, nas unidades básicas de saúde. O enfermeiro atrai para si, com a participação de outros profissionais, a responsabilidade de planejamento e implementação das atividades educativas. (ROSSO; COLLET, 1999; KOLHLRAUSCH; ROSA, 1999).

Para os autores do parágrafo acima, as ações de educação em saúde no Brasil, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), revelam que 70% dos enfermeiros envolvem-se em atividades educativas dentro de sua área de trabalho, em relação a outros profissionais de saúde.

Corroborando com o pressuposto acima, L'abbate (1994) diz que para ser um educador em saúde é preciso que o profissional tenha em mente alguns

fundamentos que envolvem as relações da educação com a sociedade, como o ensino, a aprendizagem e a análise crítica das mensagens utilizadas.

Observamos através dos discursos, que as atividades de educação em saúde são realizadas em grupos específicos, com base em experiências isoladas voltadas para os programas, como por exemplo: diabetes, hipertensão, pré-natal, DST, planejamento familiar. Muitas vezes, tais ações acontecem sem uma proposta metodológica explícita.

Também apresentaram ainda dificuldades na escolha de estratégias para a realização das sessões educativas que assegurem resultados mais eficazes na educação em saúde com grupos, devido à problemática da infra-estrutura das UBASF, que, em geral, são pequenas ou nem sequer existe local apropriado para a realização dessas sessões.

#### **4.2.2 Atenção às demandas de saúde mental**

Dentro das diversas atividades realizadas pelo PSF, destacamos aquelas relativas às demandas de saúde mental, trabalhando-se na perspectiva da atenção primária. A importância do atendimento na rede de saúde, notadamente na atenção primária, é destacada pela OPAS (2001, p. 123):

Menos estigmatização dos pacientes, pelo fato de estarem os transtornos mentais e de comportamento observados e controlados juntamente com os problemas de saúde física, melhor triagem e tratamento, e especialmente melhores taxas de detecção de pacientes com queixas somáticas mal definidas aparentadas com distúrbios mentais e de comportamento, potencial de tratamento melhor dos problemas físicos dos que sofrem doenças mentais, e melhor tratamento dos aspectos mentais associados com problemas "físicos". Para o administrador, as vantagens compreendem uma infra-estrutura compartilhada que resulta em economias de custo-eficiência, potencial para proporcionar cobertura universal na atenção em saúde mental e uso de recursos comunitários que podem compensar parcialmente a limitada disponibilidade de pessoal em saúde mental"

Atender as demandas de saúde mental no PSF é de suma importância para um novo modelo de atenção em saúde mental, permitindo a criação de novos saberes e práticas, fortalecendo a rede de atenção prevista na Reforma Psiquiátrica.

O PSF mostra-se como um importante instrumento nessa rede de atenção, uma vez que tem por objetivo assistir as famílias, procurando ver a pessoa como um todo, dentro do contexto familiar, responsabilizando-se pela promoção da saúde, proporcionando-lhe os devidos atendimento e encaminhamento, quando necessários.

Nas falas abaixo, os entrevistados ressaltam as demandas de saúde mental dentro de suas rotinas de atividades:

*[...] a gente trabalha com os programas do PSF, programas de hipertensos e diabetes, pré-natal, planejamento familiar, puericultura [...] todas essas ações têm um pouco de trabalho da saúde mental [...] não deixa a oportunidade de trabalhar a saúde mental. Chegam pessoas nervosas, irritadas e a gente sempre orienta, seja com qualquer problema [...] realizamos visitas domiciliares. (E1)*

*[...] desenvolvemos os programas, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, adolescente [...] são ações básicas da atenção primária [...] assistimos a gestante, encaminhamentos em odontologia, fazemos puericultura, atendemos a criança no crescimento e desenvolvimento, planejamento familiar, hipertensos e diabetes que são grupos de maior risco [...] alguns moram sozinhos, não tem ninguém para conversar, fazemos orientações quanto à doença e os problemas relacionados, eles fazem caminhadas, oficinas terapêuticas [...] e rotineiramente, as visitas domiciliares. (E 02)*

*Fazemos visitas domiciliares. Realizo programas do PSF, pré-natal, planejamento familiar, puericultura, hipertensão arterial e diabetes, procuro abordar as orientações e ações de saúde mental. No pré-natal orientamos as mulheres na parte preventiva, em relação à doença mental. Em relação à hipertensão e diabetes, temos um grupo, onde temos encontros mensais, às vezes percebemos alguns problemas de ordem psicológicos. (E 05).*

*Eu trabalho apenas a atenção do adolescente, dos adultos, dos idosos e da saúde da mulher [...] temos um ginecologista [...] a maioria dos pré-natais é feito por ele, à parte da prevenção do câncer também [...] orientamos para o climatério, câncer de mama [...] desenvolvemos a consulta individual [...] tínhamos um grupo de hipertensos, mas foi paralisado, costumamos fazer consultas domiciliares na comunidade, aos que necessitam, os acamados e os doentes mentais. (M 01).*

Através das falas é possível verificarmos que a demanda de saúde mental está presente na rotina do PSF, passando a ser identificada não apenas nas unidades especializadas, mas também nos serviços comunitários como a UBASF. Diante dessa realidade, a demanda de saúde mental pode ser atendida pelas equipes de saúde da família, na perspectiva de que todas as ações básicas de saúde sejam contempladas, sendo asseguradas pelos princípios e diretrizes do SUS, e levando de fato os preceitos da reforma psiquiatria.

Ao analisarmos os discursos, percebemos que as demandas de saúde mental não são identificadas por esses profissionais, quando as identificam, discutem apenas nos grupos específicos como: diabetes, hipertensão e gestantes. Constatamos, ainda, que alguns enfermeiros utilizam o acolhimento para atender as demandas de saúde mental, e os outros entrevistados confundem as demandas de saúde mental como a própria doença mental.

Pela especificidade do trabalho dos profissionais do PSF, sabendo eles que podem ser personagens-chave para atuarem junto às demandas de saúde mental, uma vez que estão constantemente em contato com comunidades e conseqüentemente, podendo identificar suas necessidades e planejarem ações que as atendam adequadamente, quaisquer que sejam elas. Com tais características, os profissionais são elos fundamentais na resolução dos problemas de saúde da população, em qualquer nível.

Dessa forma, o PSF é um campo fértil para a concretização da nova forma de pensar/fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade. Pesquisas realizadas em Municípios como Camaragibe - PE e Vale do Jequitinhonha - MG revelaram caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica à saúde, no tocante, a inclusão da saúde mental no PSF, mesmo sem ter uma rede de serviços especializada que atendesse às demandas em saúde mental. (CABRAL et al., 2000).

As experiências desses municípios foram em torno dos pressupostos da orientação e organização dos serviços de saúde mental integrados ao modelo de atenção à saúde, a estimulação da saúde mental integrada às várias dimensões da vida educativa, política, econômica, social e psicológica na comunidade, promovendo ações conjuntas com o PSF e equipe de saúde mental. As estratégias utilizadas partem da base de planejamento das ações a serem realizadas, como: pesquisa e estudo de campo em área-piloto; oficinas de sensibilização das equipes do PSF; monitoração sistemática das ações e a elaboração de uma proposta de atenção à saúde mental.

Sampaio e Barroso (2000) dão destaque às ações de saúde mental a serem assumidas pelas equipes do PSF, ressaltando: o acompanhamento de psicóticos crônicos; a importância da coordenação de grupos de queixas difusas; as visitas domiciliares em sistema conjunto com o CAPS para atendimentos de crise e o acompanhamento terapêutico-reabilitador; prevenção e combate à dependência de benzodiazepínicos; a efetivação de sistema de referência e contra-referência para identificar precocemente os casos de transtornos mentais nas áreas; atendimento das emergências psiquiátricas e aconselhamento psicológico.

Reconhecemos que as ações de saúde mentais desenvolvidas pelos enfermeiros e médicos do PSF não têm uma estrutura sólida de atendimento, levando o agir de forma intuitiva, a consistência do atendimento não existe, sendo superficial e em termos de sistematização das ações também não existem, porque elas são eventuais.

Diante dessa realidade, as ações de saúde mental precisam ser intencionais, haja vista que esses profissionais aprofundem seus conhecimentos e marcos conceituais acerca das práticas em saúde mental, direcionando a ação profissional e qualificando cada vez mais a prática profissional.

### **4.3 Percepção dos Enfermeiros e Médicos do PSF sobre as Demandas de Saúde Mental**

O Programa Saúde da Família lida com uma nova proposta de reorganização da saúde, buscando compreender, também, a dimensão social do cuidado. Dessa forma, é de suma importância estimular as equipes de saúde a refletirem e a desenvolverem ações em saúde, notadamente, na área de saúde mental. Essa reflexão poderá servir para que não se deixe que as velhas práticas e concepções permeiem a dinâmica do trabalho, na busca da construção de novas formas de cuidado no contexto familiar.

Todo esse processo de transformação da prática em saúde exige, não somente, o preparo técnico, mas também, maturidade e compromisso ético, favorecendo a realização de um trabalho eficaz e condizente com as necessidades da comunidade.

Cerqueira (1999, p. 76) ressalta a importância de se acompanhar as mudanças quando afirma que:

*Formar-se das velhas práticas não é de todo mal, o problema está em não se ter quase a possibilidade de conhecer e trabalhar efetivamente nas novas práticas e em se pensar que esse antigo modo de operar é o suficiente para dar conta das demandas daqueles que paulatinamente, no decorrer de nossa formação, se tornarão nossos objetos de cuidados.*

Podemos compreender que as velhas práticas precisam ser reinventadas com criatividade e sensibilidade, no intuito de concretizar a mudança na ação desenvolvida, abrindo oportunidades e novos caminhos para uma assistência competente e humanizada.

A construção de novos caminhos, bem como a perspectiva de se terem novas práticas exigem a reconstrução de conceitos antigos e o traçar de novas trajetórias. Partindo-se do que já está posto é que conseguimos avançar e fazer emergir o novo, o

atual. Foi com esse pensamento que buscamos apreender, nas falas do grupo pesquisado, suas representações sobre o processo saúde/doença mental, conforme apresentado em categorias abaixo.

#### **4.3.1 Representações dos sujeitos do estudo sobre o processo saúde/doença mental**

Partindo-se de uma conceituação ou da representação que cada profissional tem do processo saúde/doença mental é possível identificarmos o modo como se colocam frente a essa problemática. A forma de perceber o sujeito ou a sua doença influencia diretamente nas ações desenvolvidas para atender a demanda apresentada.

Com base nesse pressuposto, procuramos identificar, junto ao grupo pesquisado, quais os problemas de saúde mental mais freqüentes e como procuravam atender.

Ao falarmos da doença mental, apresentamos a importância do marco conceitual sobre o processo saúde-doença mental, como grande relevância para a compreensão da doença mental. A expressão processo saúde-doença mental traz diversas formas possíveis para compreender como vivem os homens, os modos como eles estabelecem relações com o meio e entre si.

Desse modo, prevalece o viver, o adoecer e o morrer. A concepção saúde-doença mental é considerada como um processo derivado, não só dos fenômenos biológicos, mas também da relação entre outros determinantes, dentre eles o socioeconômico e o cultural. Ao discutimos essa temática, achamos interessante conceituar saúde e doença.

Para Mendes (1995) a saúde é uma resultante das condições de alimentação, de habitação, de educação, de renda, do meio ambiente, do trabalho, do transporte, do emprego, do lazer, da liberdade, do acesso e a posse de serviços de

saúde. Sendo um direito assegurado por lei a todos cidadãos, principalmente o direito à saúde mental.

O conceito de doença perpassa por vários pontos de vista. Na área médica, a doença é uma entidade nosológica que pode ser diagnosticada por meio dos elementos constituintes da síndrome patológica, a qual aponta um desvio dos tecidos orgânicos. Na área social, a doença é provocada por uma disfunção orgânica, que incapacita o indivíduo para desempenho efetivo dos papéis sociais. Nas instituições que compõem a sociedade civil, a doença mental é incluída como desordem mental, transformando o ator portador de agente considerado patológico em um personagem desviante, atípico e disfuncional dentro da família. (D'INCAO, 1992).

Neste sentido, os enfermeiros e médicos do PSF ao conceituarem a doença mental precisam levar em consideração a importância do processo saúde/doença mental, haja vista que é bastante complexa a sua definição, considerando os estereótipos e preconceitos que envolvem esse conceito.

Apresentamos os discursos abaixo sobre a percepção da doença mental expressas por enfermeiros e médicos do PSF.

*[...] Um doente que se enquadra dentro de um perfil descrito, no diretório das doenças mentais no DSM4, onde classificam as diversas doenças mentais. [...] O paciente que tem um transtorno, está precisando procurar um médico ou a família levá-lo ao médico e que se enquadra dentro desse critério [...] Eu classifico como uma doença mental (M5).*

*[...] É aquele paciente que tem um distúrbio [...] também que não interage de maneira eficiente. Então, seria um distúrbio [...] Tem algumas atividades prejudicadas de maneira efetiva, uma dificuldade efetiva de determinadas funções. Eu consideraria um doente mental, isso sem colocar os rótulos diagnósticos em todos os critérios, numa maneira efetiva. (M4).*

*Através das atitudes e comportamentos deles. [...] e, principalmente, pelo distúrbio patológico [...] Sinto que precisamos fazer alguma coisa para lidar com essa situação. Já fiz levantamento de deficiente mental na área. (E8).*

*[...] Através das atitudes, comportamentos, gestos diferentes, da postura pessoal, então seria um distúrbio. (E2).*



[...] É difícil essa pergunta [...] Uma pessoa ansiosa, depressiva, não é um doente mental, são crises [...] são fases que estão passando, são momentos [...] E o doente mental, para mim, é um esquizofrênico, é um depressivo, assim, com idéia de suicídio. Esse é o doente mental (E7).

[...] O doente mental é aquela pessoa que tem um sofrimento, jamais mensurado [...] que não dá para medir, matematicamente com exames sintomáticos, exames complementares objetivos; que não dá para ser compreendido [...] É um distúrbio ou transtorno, como queiram chamar. Daí é considerada uma doença mental [...]; a doença é aquilo que não dá para medir [...] Ninguém tem doença mental fixa, por ela estar relacionada com o estado da pessoa, por isso que a doença mental é de difícil diagnóstico (M1).

O que eu entendo sobre doente mental é toda alteração que a pessoa pode ter, de ordem psicológica, toda vez que mexe com a parte orgânica. [...] Eu acho que até uma pessoa com alto stress, alta agressividade, não deixa de ser um doente mental, de leve, por isso não deixa de ter as classificações (M2).

[...] uma pessoa que perdeu a paz de espírito, algo que inquieta [...] a pessoa já começa a perder a sua saúde mental [...] É quando você perde a concentração, a desmotivação por uma coisa que você gostava antes. (E6).

É difícil conceituar, porque é um conjunto de sutileza de sintomas que, às vezes, não conseguimos diferenciar a pessoa entre "normal e anormal" e que estão dentro da própria sociedade, caminhando igual a todas as outras pessoas [...] Uma vez, eu estava lendo um artigo, não lembro de quem era esse artigo, mas dizia justamente isso, que o médico tinha esse poder de condenar uma pessoa a ser um doente mental [...] Muitos poderiam não ser um doente mental. Se a gente pegar, assim, para definir o que é um doente mental mesmo, seria aquela pessoa que não consegue viver numa sociedade pelo fato dela não compreender o mundo em que ela vive. (E3).

Através das atitudes, das expressões, das tristezas presentes [...] quando ele está depressivo, esmorecido e agressivo, até mesmo pela voz trêmula [...] Um desequilíbrio mental [...] A loucura pode estar em um de nós, a qualquer hora pode surgir. (E1).

Aparentemente, é difícil de identificar uma pessoa com transtorno mental. Atualmente, graças à Reforma Psiquiátrica, percebemos que essas pessoas estão mais envolvidas socialmente. No entanto, fica difícil de identificá-las. (E5).

[...] É aquela criatura que, por algum motivo, quebrou aquela continuidade de controle na sua mente, de seus atos, nos seus movimentos; que, por alguma razão, essa criatura veio a sofrer um problema. (M3).

[...] Conceituar um doente mental é muito relativo [...] Acaba infligindo nos aspectos das relações sociais, por se tornarem, diferentes [...] Tem até uma música, Sampa, que diz: "é que Narciso acha feio o que não é espelho." Então, tudo que é diferente, acaba se tornando estranho, acaba criando preconceito. Então, a doença mental, além desses distúrbios orgânicos, ela traz complicações para o meio social, não pelo próprio doente mental, mas, pelas próprias regras sociais que são impostas, para que as pessoas consideradas normais possam ser isso. (E4).

Ao analisarmos os discursos, constatamos que os profissionais do PSF demonstram dificuldade em definir a doença mental, utilizando termos como distúrbios patológicos, emocionais, mudanças comportamentais, diferenças entre normal e anormal, critérios para classificação da deficiência mental.

Para Hegenberg (1998), as doenças, de modo geral, podem ser compreendidas como uma perturbação dos processos fisiológicos, a partir da evidência de uma diminuição das capacidades do indivíduo, uma perturbação de saúde, uma situação em que há duradouras perturbações de eventos vitais, provocando prejuízos para o corpo ou suas partes, uma falha física, psíquica ou físico-psíquica em um organismo que suscita a necessidade de auxílio subjetivo, clínico ou social.

Verificamos, através dos discursos, que a doença mental é vista como um distúrbio patológico, um distúrbio emocional, comportamental que prejudica as atividades consideradas normais ou efetivas.

Extraímos algumas palavras ou frases empregadas pelos entrevistados em relação ao conceito da doença mental, com o intuito de compreendermos suas percepções. Vejamos as seguintes expressões: angústias; agressividades; um perfil dentro do Diretório das Doenças Mentais-DSM4; não interagem; atividades prejudicadas; atitudes; gestos diferentes; postura pessoal; depressivo; sofrimento jamais mensurável; está relacionado como estado da pessoa; difícil diagnóstico; é toda alteração que a pessoa pode ter; perdeu a paz de espírito; desmotivação por alguma coisa; conjunto de sutilezas de sintomas; não consegue viver na sociedade; através das expressões; das tristezas; difícil de identificação no meio social; quebra da continuidade da mente ou de seus atos; tudo aquilo que é diferente acaba sendo estranho; trazendo complicação para o meio social não pelo doente mental, mas pelas regras sociais que são impostas.

Através dessas expressões, percebemos que os entrevistados trazem em seus conceitos nuances racionalistas e tradicionalistas em relação à doença mental,

apresentando características psíquicas e orgânicas, como por exemplo, as atividades manuais prejudicadas. É interessante destacarmos essa percepção dos entrevistados em relação à população em geral, pois evidencia os mesmos elementos já supracitados, com fortes influências dos meios sócio-culturais.

Corroborando com o pensamento do grupo pesquisado, Pereira (1985) define a doença mental como um distúrbio ou um desequilíbrio emocional do indivíduo cujo efeito é um desvio do comportamento em relação a normas sociais. Já os distúrbios emocionais são classificados como um desajustamento do indivíduo dentro da sociedade em que se encontra.

Visualizamos nos discursos o desvio de comportamento como uns dos conceitos, no qual podemos exemplificar como uma norma social não sendo exercida de forma correta, não podendo ser desobedecida socialmente, ou quando há um afastamento do que é considerado normal ou do convencional, ou seja, quando há uma desobediência ou descumprimento em relação a uma função ou a uma atitude já instituídas. Desse modo, usurpar do outro a possibilidade de uma existência diferente daquilo que social e culturalmente se convencionou de comportamento "normal", ou pertencente à maioria das pessoas que convivem naquela sociedade.

Os discursos dão indicativos de uma associação da doença mental com a psicopatologia, com uma alteração psicológica e emocional. Aqui a psicopatologia é considerada como uma doença que não tem mais jeito, como por exemplo, a esquizofrenia, tendo como características a fragmentação do pensamento e a ruptura do contato afetivo com pessoas e o ambiente, podendo manifestar-se em qualquer instante da vida.

A psicopatologia inclui vários saberes, mas, se define em um método de raciocínio onde se supõe que os processos normais e os patológicos sejam de uma mesma natureza. O normal e o patológico se aproximam e, assim, nasce a psicopatologia. (AMARANTE, 1996).

Ademais, percebemos que a doença mental é considerada como jamais mensurável, que não dá para medir. Uma outra questão relevante é que, o conceito da doença mental é extremamente difícil de compreensão e de diagnóstico, podendo envolver vários sintomas que podem falsear ou rotular um diagnóstico clínico.

A compreensão da doença mental faz necessidade dos marcos conceituais em torno dela, tendo em vista a importância dos fenômenos em diferentes variáveis, como: o psicológico, o cultural e o social. Dessa forma, ao conceituá-la, devem ser levadas em consideração as variáveis determinantes, para não rotulá-la, então assumindo mil facetas no seu entendimento. (PEREIRA, 1985).

Para Lino (1997) a doença mental é uma falha do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas de sua comunidade, já que a saúde mental é considerada como um aprendizado da realidade através do enfrentamento e solução de conflitos e problemas vivenciados.

Discorrendo, ainda, sobre a percepção da doença mental, percebemos o cuidado que os enfermeiros e médicos têm em não rotular as pessoas como doente mental, desmistificando a doença mental.

A doença mental pode ser encarada como uma expressão da nossa própria incapacidade para suportar os sofrimentos psíquicos enfrentados. Dessa forma, o doente mental pode apresentar quadros aparentemente normais, sem que perceba, por isso, ao conceituar a doença mental, temos que ter critérios para não rotularmos o paciente.

Podemos concluir que a compreensão ou conceito do processo saúde/doença mental é de suma importância para os enfermeiros e médicos do PSF, já que estão diretamente vivenciando a dinâmica familiar, porém, construindo relações sociais na busca da humanização e do estabelecimento do vínculo profissional/família. O entendimento da concepção saúde/doença mental desses profissionais traz o aumento

da capacidade de escutar e acolher as demandas de saúde mental, qualificando cada vez mais o atendimento prestado e contribuindo para desmistificação da doença mental.

#### **4.3.2 Problemas emocionais e/ou psicológicos mais frequentes na população assistida**

Iniciamos com o levantamento de uma série de problemas de saúde mental na comunidade atendida pelos enfermeiros e médicos pesquisados. É de suma importância identificar e discutir os problemas de saúde mental não apenas nas unidades especializadas, mas também nas UBASFs, numa visão interdisciplinar, buscando a desmistificação da doença mental, implementando novas formas de atendimento na prática profissional como: o acolhimento, a escuta sensível desses problemas, compreendendo para o sofrimento, seja qual for a sua origem, o psíquico ou psicológico.

Nessa perspectiva de implementação de novas alternativas de atendimento no PSF, o portador de sofrimento psíquico deve permanecer maior tempo possível na comunidade e, principalmente no contexto familiar.

Os problemas mais frequentes de saúde mental, segundo os entrevistados encontram-se nos discursos que seguem:

*O maior problema de saúde mental nesta área é o alcoolismo, a decorrência dele quebra a unidade familiar, em seguida são os transtornos de esquizofrenia e de ansiedade, pacientes dependentes de benzodiazepínicos e as depressões de maneira em geral [...] Em Caucaia deveria ter um CAPS funcionando, com suas dificuldades de abarcar a demanda enorme. (M1)*

*Aqui, são os tipos de depressão em pescadores [...] os pescadores passam muito tempo no mar, têm uns que passam quatro dias mar adentro, fazendo tudo lá, então isso aos poucos vai dando problemas, às vezes com depressão, ansiedade [...] Eu pensei que tivesse bastante casos de alcoolismo, tem poucos, só dois casos [...] Tem drogas. Eu acompanho um no centro de recuperação de drogados que tem aqui, que pertence ao nosso PSF; lá existem 22 internos, todos eles viciados, por drogas, cocaína, maconha e alcoolismo [...] Nós conversamos com eles, damos conselhos, passamos remédios, todos eles estão em recuperação. (M3)*

*Primeiro lugar vem a depressão; tem aqueles pacientes que não estão bem identificados como: doença bipolar ou depressão endógena. Na medida do possível, tento identificá-las [...] Os distúrbios da emotividade que prejudica bastante o controle tanto da pressão, quanto da glicemia. Às vezes, os pacientes vêm atrás da velha receita azul, ansiolítico [...] Temos alguns pacientes esquizofrênicos. Geralmente, eles não têm nenhum tipo de atividade. Em geral, não são eles que vêm ao posto de saúde e sim alguém da família para renovar receita de medicação. (M4).*

*O que eu encontro mais na comunidade são os problemas relacionados à depressão, depressão maior e depressão menor, distúrbios compulsivos, os de personalidades bipolar, também identifique doença do pânico, síndrome do pânico, acrofobia e stress principalmente pós-traumático. Os pacientes que tiveram perda de familiares recentes ou alguma coisa. (M5)*

*[...] É o quadro de depressão; a paciente já chega dizendo que tem depressão, diz que já teve algumas crises, chega chorando [...] Outros são os alcoólatras e usuários de drogas. Já teve alguns circulando pelo posto, mas não procurou a Unidade [...] Muitos drogados na área da agente de saúde Dona Rita e também algumas síndromes de DOWN. (E2)*

*[...] Encontramos somente pacientes com esquizofrenias [...] Até temos pouco contato porque eles fazem acompanhamento em hospital psiquiátrico em Fortaleza, São Gerardo e Messejana. (E3)*

*[...] Aparecem na UBASF os famosos pitts; a gente, muitas vezes, no corre-corre do dia-dia, a gente vai perdendo um pouco da humanização do atendimento [...] Às vezes, por falta de tempo, deixamos para lá, mas, no fundo, atrás daqueles pitts não era só o pitts, embora conhecemos um pouco das nossas famílias acompanhadas. Mas, de qualquer forma, a saúde mental daquela pessoa vinha a ser afetada há bastante tempo e precisava um cuidado maior, mas, infelizmente, tínhamos outras atividades [...] e a gente não foi treinada para lidar com esses tipos de problemas [...] Sabíamos que existia o problema, mas, como ajudar? (E6)*

*[...] São as depressões [...]; o alcoolismo também é o fator que aparece muito; as drogas bastante comuns, principalmente nessa área, que é uma área bastante carente [...] Às vezes, as mães vêm aqui pedir internamento para os filhos, querendo levar para o hospital psiquiátrico. (E4)*

*[...] Temos dois casos de esquizofrenia na nossa área [...]; alguns casos de droga, muito traficante, devido ser uma área de turismo eles se envolvem demais [...] existem pessoas que vai e volta para outros locais. (E7)*

*Bem, o que a gente atende mais, na verdade, é a doença neurológica em criança [...]; casos de esquizofrenia acompanhada ambulatorialmente, casos de neuroses, principalmente nas comunidades pobres, muito pobres mesmo. (M2)*

Podemos observar, através das falas dos entrevistados, que os problemas de saúde mental apresentam-se como uma realidade no cotidiano das atividades do PSF,

dai a importância da inserção das ações em saúde mental na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF).

Desse modo, os enfermeiros e médicos do PSF podem ser promotores de saúde mental, uma vez que estão constantemente em contato com as famílias assistidas, esforçando-se para desenvolver novas propostas de atenção à saúde mental, levando um atendimento descentralizado, com base comunitária, contemplando os princípios da Reforma Sanitária, os quais são: conceito ampliado de saúde, qualidade de vida, integralidade, interdisciplinaridade, descentralização, acessibilidade, equidade e universalização.

A partir dos conteúdos das falas, podemos destacar que problemas de saúde mental mais frequentes são: a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia e a dependência química, como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Observamos que são citadas somente as doenças psiquiátricas classicamente diagnosticadas, não se fazendo referência às outras demandas emocionais traduzidas em queixas mais difusas e que muitas vezes levam a um sofrimento difícil de ser definido pelo cliente e, talvez, pouco valorizado pelo profissional que atende. Somente em um dos depoimentos esse tipo de queixa é citado, mesmo assim, o profissional refere não se sentir preparado profissionalmente para atender a tal demanda.

É de conhecimento de todos que o mundo moderno cria tecnologias cada vez mais avançadas, mas que, nem sempre, isso tem se traduzido em melhoria da qualidade de vida da humanidade.

As mudanças rápidas e constantes têm colaborado para ampliação de problemas tais como a disseminação do uso e abuso de drogas psicoativas, onde a cada dia, constatamos que comunidades antes protegidas ou preservadas de

determinadas mazelas sofrem com a globalização, marginalizando-se e sofrendo aculturação do modo mais negativo.

Concordando com o nosso pensamento, Tavares; Beria e Lima (2001) relacionam o uso de drogas como um problema de saúde pública, o qual vem se destacando na adolescência. Estudo realizado em Pelotas-RS, com adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares, demonstram que as substâncias mais utilizadas por eles foram o álcool (86,8%), o tabaco (41%), a maconha (13, 9%), solvente (11,6%), os ansiolíticos (8%), os anfetamínicos (4,3%) e a cocaína (3,2%).

Registramos, através do diário de campo, que o maior índice de dependentes químicos nas UBASF é da região litorânea, contribuindo talvez com isso o fato de ser área turística e rota de circulação de traficantes.

O alcoolismo é considerado como um problema social, visto como uma toxicomania pela OMS. Segundo Laranjeira e Pinsky (1998), as patologias associadas ao álcool estão entre os mais sérios problemas psiquiátricos, onde 50% das internações psiquiátricas do sexo masculino são por alcoolismo.

A dependência química traz várias conseqüências físicas, sociais e psicológicas para a pessoa e sua família, trazendo dor e sofrimento a todos os envolvidos. Galduróz; Noto e Carlini (1997) ressaltam a dependência química como um problema de saúde pública e que vem crescendo nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Outra patologia referida nos discursos é a esquizofrenia, considerada como a mais grave das doenças mentais, cuja fisiopatologia ainda está para ser esclarecida, podendo, ainda, se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis. Para a OMS (1998) a esquizofrenia é caracterizada pela apresentação dos seguintes sinais e sintomas: eco do pensamento, delírios, alucinações, neologismos, comportamentos catatônicos, apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento emocional.



Princípio e Jurema. Foi, ainda, classificado em três regiões geoambientais: litoral, sertão e serra.

O Município tem seus limites territoriais assim definidos: ao norte, com Oceano Atlântico; ao sul, com Maranguape; ao leste, com Fortaleza, Maracanaú e Maranguape; ao Oeste, com Pentecoste e São Gonçalo do Amarante.

A rede de saúde do Município é composta por 38 centros de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família (PSF), sendo que algumas unidades de saúde têm duas ou mais equipes de PSF instalada, perfazendo um total atualmente de 60 equipes, das quais 50 estão lotadas na zona urbana e 10 na zona rural, perfazendo uma cobertura de 90% da população (CAUCAIA, 2004).

### **3.4 Produção dos Dados**

Os dados foram produzidos junto aos sujeitos pesquisados e através da análise de conjunto de documentos relativos à criação e implantação da rede de atenção à saúde, notadamente, do Programa de Saúde da Família. A coleta das informações junto aos enfermeiros e médicos das UBASFs deu-se através de entrevista semi-estruturada (Apêndice III), realizada durante os meses de maio a agosto de 2003.

No primeiro momento da pesquisa, analisamos o conjunto de documentos sobre o PSF e realizamos observação livre nas UBASFs, o que nos permitiu apreender aspectos da realidade relacionados à problemática da investigação não contemplados em outros momentos. Foram observadas: a forma de atendimento da clientela nas UBASFs; as ações em saúde mental desenvolvida pela equipe; e as condições para o atendimento das demandas emocionais da clientela.

Para Haguette (1997, p. 71), a observação é :

Os transtornos depressivos também são citados nos discursos dos entrevistados, como a depressão e ansiedade, constituindo um problema de saúde pública, devido à alta prevalência e ao impacto psicossocial. Justificando esse pressuposto, Fleck (2002) relata em seu estudo que os pacientes com transtorno depressivo são freqüentadores assíduos dos serviços de atendimento primário, porém, a maioria deles não é diagnosticada como tal.

A depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total de doenças neuropsiquiátricas. (OMS, 2001). Segundo Amarante (1994) os distúrbios de ansiedades foram as patologias mais prevalentes, oscilando de 11 a 18% em várias cidades estudadas, predominando no gênero feminino.

Alguns trechos das entrevistas abaixo afirmam que as mulheres apresentam problemas de saúde mental como as ansiedades que desencadearam um processo patológico. Diante dessa realidade, ressaltamos a forte presença dos fatores predisponentes à doença mental, dentre eles: a falta de emprego, a exposição em locais susceptíveis às drogas, a falta de lazer e o local de trabalho, conforme expressam as falas:

*[...] O local que eu trabalho é um lugar suscetível às drogas [...] encontramos alcoólatras por toda parte [...] onde o lazer é a bebida alcoólica, às vezes, concilia com o futebol [...] temos casos de pessoas com depressão, pois, o motivo maior é a falta de emprego, por morarem num lugar longe e afastado [...] os maridos bebem demais e as esposas cuidam dos filhos praticamente sozinhas e por conta disso, elas sofrem dos nervos e ficam preocupadas com a questão da bebida em excesso. Elas geralmente procuram a UBASF para conversar sobre esses problemas e até mesmo sobre outros problemas de ordens psicológicas e sociais. (E5)*

*[...] aqui sempre surgem pessoas irritadas sem querer esperar o atendimento [...] É freqüente. A gente sempre está orientando a clientela quanto ao atendimento, mas é incrível, a falta de paciência. Aqui nós não temos, ainda problemas mentais, mas estamos sempre em alerta, apesar de ser uma área de pescadores, onde passam vários dias no mar, e que alguns são alcoólatras [...] muitos homens sem emprego, sem lazer, sem uma vida digna, acabam se viciando ao álcool, aqui todos os botecos são cheios de papudins [...] fico triste com esse problema [...] Pois reflete em toda família, na vida social, enfim, trazendo vários males. Aqui também é uma área turística, muitas casas e apartamentos fechados de veraneio. Creio que têm outras drogas por aqui, sendo mascarada, mas não tenho nada concreto quanto a esse assunto, são comentários de funcionários que moram aqui no Icará. (E1)*

Nesta etapa do estudo, podemos observar a falta de clareza ou conhecimento por parte da comunidade, em relação aos fatores predisponentes ao sofrimento mental, por exemplo, a falta de lazer relatada por alguns entrevistados.

É interessante ressaltarmos que as pessoas, mesmo morando em região de praias belíssimas, não aproveitam esse espaço para reinventar várias atividades de lazer, tais como: atividades esportivas, brincadeiras, regatas, enfim, algo que proporcione mais qualidade de vida, todavia, não o fazem e nem mesmo os profissionais do PSF incentivam a comunidade a repensar seu espaço de lazer.

Destacamos os fatores sócio-culturais que influenciam no contexto da saúde da família, haja vista, as famílias serem portadoras da cultura de sua própria comunidade. Um aspecto relevante observado é a atividade pesqueira, pois os pescadores passam vários dias no mar, podendo desenvolver problemas de saúde mental, devido sua atividade laboral, causando-lhe estresse, ansiedades, depressões e tensões, além do uso de álcool ou outras drogas.

Selligman-Silva (1994), em seu estudo sobre a organização do trabalho, revelou que a gênese do sofrimento psíquico perpassa por meio de jornadas prolongadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, a desqualificação profissional e a fragmentação de trabalhos.

Corroborando, ainda, com essa discussão, Dejours (1992) ressalta as pressões que colocam em risco a saúde mental dos trabalhadores e que seu equilíbrio psíquico provém da organização do trabalho. De tal forma, a organização do trabalho precisa ser repensada, no sentido de que ela não agrida a personalidade do trabalhador, evitando um aumento da carga psíquica.

Com base nos depoimentos, percebemos que os enfermeiros e médicos do PSF têm dificuldades em lidar com os problemas de saúde mental, principalmente na forma de atendê-los, às vezes comprometendo a qualidade do atendimento. No

entanto, sabemos que as atividades desenvolvidas no PSF devem contemplar todas as ações básicas de saúde, inclusive as ações de saúde mental. Já que, o acompanhamento aos transtornos mentais está nas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), definindo a necessidade do atendimento da demanda em saúde mental, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. (BRASIL, 2001a).

Parece-nos ser útil explicitarmos o que é a NOAS, uma norma que assegura a assistência à saúde, oferecendo acessibilidade ao cidadão, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços, adicionalmente à saúde mental, referente ao tratamento de distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes.

#### **4.3.3 Ações consideradas relevantes pelos enfermeiros e médicos do PSF para atender as demandas de saúde mental**

As ações desenvolvidas no PSF são atividades norteadas pelos princípios do SUS, enfocando mudanças do paradigma assistencial à saúde, perpassando o modelo curativo para o preventivo, ou seja, da ação mono-setorial para a intersetorial, da exclusão à universalidade.

Tais ações são realizadas de forma multidisciplinar e interdisciplinar, criando interação entre os diversos saberes científicos, e deveriam também contemplar os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Considerando as ações desenvolvidas pelo grupo pesquisado, apresentamos a seguir uma descrição geral dessas ações do PSF, conforme se evidencia através da falas:

*Como enfermeira do PSF, o que eu faço é trabalhar com a prevenção; é um trabalho educativo, nosso trabalho é mais educativo [...] no atendimento o cliente passa por mim, primeiramente, depois vai para o médico [...] é à base de orientação, abordando como práxis a educação em saúde [...] fazemos orientação para que a pessoa possa sentir segura no atendimento. Outra coisa importante é que você nunca o deixe sentir só ou desinteressado na queixa*

*dele, você vai buscando junto com ele a melhor forma de resolver seu problema [...] é basicamente educativo. E1*

*[...] trabalho com todos os programas abordando a parte preventiva, fazendo educação em saúde, palestra e sessão educativa [...] geralmente essas pessoas são encaminhadas para outras instituições ou é atendida na própria unidade de saúde ou no domicílio durante a visita domiciliar. As ações educativas também são feitas no contexto familiar. E5*

Percebemos através dos discursos acima que a educação em saúde é uma das atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF. As atividades de educação em saúde centralizam-se no modelo de assistência programática, ou seja, são desenvolvidas nos grupos específicos como exemplo diabetes, dos idosos, gestantes, e outros. Através das observações livres do pesquisador, durante o atendimento, as ações educativas eram também realizadas dentro do seio familiar, abordando assuntos pertinentes ligados à saúde em geral.

As metodologias das ações educativas englobam vários temas que representam a realidade epidemiológica da comunidade. Dessa forma, as ações educativas devem superar a história natural da doença em uma compreensão causal, unidirecional, não crítica e descontextualizada, exigindo uma visão ampliada de saúde, no âmbito da qual as ações dos profissionais de saúde transcendem a noção de cura das doenças do modelo clínico. (CAMPOS, 1995; VIEIRA, 1998).

É importante explicitar que a educação em saúde deve ser entendida não apenas como orientações aos cuidados pessoais para evitar as doenças, e sim, como se conscientizar quanto à importância das mudanças pessoais relativas à falta de higiene, ignorância e não obediência a determinados preceitos médicos. (LIMA, 1996).

Visualizamos, ainda, que essa atividade é desenvolvida pelos enfermeiros, pois o médico pouco se envolve, embora, a educação em saúde seja entendida como uma integração das ciências sociais com as ciências da saúde, envolvendo profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

Uma outra atividade relevante é a abordagem de grupos com as redes de apoio, trabalhando junto aos programas de saúde do PSF, envolvendo a comunidade e os profissionais de saúde.

A seguir, transcreveremos os discursos que contemplam essa temática:

*[...] criar grupos, grupos estáveis que possa ajudar, dinamicamente, possa ser mais acessível a essa população [...] a comunidade precisa de grupos, que funcione de acordo com recurso da área [...] a disponibilidade da área são igrejas, grupos religiosos, a escola [...] são as redes de apoio existente [...] nós profissionais da saúde da família, temos que estar por dentro e ligados a essa rede de apoio, precisamos aprofundar muito. (M1).*

*Eu trabalho com muitas conversas e diálogos nos grupos que acompanho [...] as ações que desenvolvo prioritariamente, o diálogo aberto, trocas de experiências e saberes [...] no caso a demanda maior é dos hipertensos e diabéticos, onde trabalhamos oficinas terapêuticas, grupos de expressões, teatros, atividades de crochês, pinturas etc. É nesse cenário que trabalho as ações em saúde mental. (E2).*

*Você proporcionar um lazer é saúde mental, praticar esporte, caminhar é saúde mental. Nosso trabalho é em grupos como dos hipertensos e diabéticos. É importantíssimo trabalharmos a saúde mental nos grupos [...] às vezes, chega cliente agitado, e não podemos perder a paciência, porque atrás de tudo isso, tem um pedido de socorro, muitas vezes, deixamos passar. (E6).*

*Primeiro, a questão da sensibilização da comunidade em relação à doença mental, as pessoas precisam saber que o doente mental tem seu valor e necessita de respeito [...] e que a gente possa desenvolver um trabalho adequado e se possível, trabalhar em grupos separados como: a questão do alcoolismo, das drogas, da depressão. (E4).*

Ao analisarmos os discursos acima, visualizamos o trabalho em grupo como uma atividade desenvolvida no PSF. Como já referimos anteriormente, as ações educativas são incorporadas nos grupos de atendimento como forma de mobilização e organização, na qual as pessoas estão inseridas através de aspectos comuns, como o grupo de patologias (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase) e de faixa etária (grupo de crianças, adolescentes, idosos), ou ainda por fatores de risco, como obesidade, tabagismo e alcoolismo.

Diante dessas ações de grupo, é de fundamental importância o papel dos enfermeiros e médicos do PSF na comunidade, trabalhando a saúde mental, na

promoção, na prevenção, no tratamento e na reabilitação dos agravos, através do convívio, do dia-a-dia, do contato com as pessoas, na interação e integração com a comunidade e as redes de apoio. (SARRACENO, 1999).

Entretanto, a comunidade é vista como uma das mais importantes redes sociais de apoio em questões de gênero e cultura, devendo os enfermeiros e médicos incorporar novos espaços sociais da comunidade em suas rotinas, sendo de fundamental importância formar grupos com as redes de apoio para o trabalho em saúde mental.

O trabalho em grupo deve gerar nos pacientes a construção da autonomia, conscientização, autoconhecimento, aumento da capacidade de fazer escolhas, de viver com menos sofrimento e com mais prazer. (FRAGA, 1999).

Para os autores Carvalho; Acioli e Stotz (2001) as ações educativas são práxis transformadora no PSF, pois possibilitam o compartilhamento das experiências vivenciadas das pessoas, os conhecimentos e as práticas em saúde, visando ao entendimento dos indivíduos para terem maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de vida.

Identificamos também como ação de saúde mental o encaminhamento de clientes com problemas de saúde mental pelos pesquisados, conforme as falas abaixo:

*Basicamente, aqui, infelizmente, nós temos muito pouco tempo [...] pouco preparo, no sentido de aperfeiçoamento [...] pra atender a população especificamente que tem problema de saúde mental [...] quando o problema é mais grave, mais sério, nós encaminhamos [...] pacientes que têm problemas congênitos, os deficientes mentais mais severos, são necessários acompanhamentos psiquiátricos, psicológicos e neurológico [...] às vezes aqui no posto não tem socorro suficiente pra oferecer uma ação específica para isso. (M5).*

*[...] nós não temos propriamente ações específicas para esse fim, mas eu acho que deveria ter como exemplo, nós não temos aqui nenhum psicotrópico na unidade, quando preciso do psicotrópico, "a única arma que tenho é meu receituário azul". [...] ficamos atentos para descobrir e diagnosticar para poder dar uma ajuda e encaminhar ao serviço competente. (M3).*

*Eu acho que é preciso ter uma referência no município para cuidar desse tipo de problema [...] encaminhando e levando em consideração a referência e contra-referência, como intercâmbio o CAPS e o PSF (E3).*

*Com relação ao treinamento e habilitação para lidar com esse pessoal nós não temos, eu não tenho, a enfermeira daqui também não tem. Então, nós temos dificuldades em fazer isso, sem o apoio ao nível secundário ou terciário no município, ficaria muito complicado [...] assim realizamos o encaminhamento. (M4).*

*Eu acho que existe programa de saúde mental, mas na verdade só no papel, a gente percebe isso, você dentro do PSF faz alguns acompanhamentos, encaminhamentos, mas a doença mental, às vezes é difícil. (M2)*

O teor dos relatos revela que os pesquisados recorrem freqüentemente ao encaminhamento como sendo uma ação de saúde mental condizente com a sua realidade vivenciada e com as demandas da população.

Percebemos através dos discursos que a atenção em saúde mental não é realizada devido à falta de tempo, ou seja, não dá para atender as demandas de saúde mental, por terem outras atividades no PSF. No entanto, sabemos que os problemas de saúde mental devem ser resolvidos na atenção básica de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e na proposta da NOAS-SUS 01/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preferencialmente, em serviços comunitários, como CAPS, PSF e outros.

Segundo Fraga (2003) os profissionais do PSF ao lidarem com as demandas de transtornos mentais agem de forma intuitiva, sendo comum também ocorrerem muitos encaminhamentos de pessoas com esses problemas, justificando que os mesmos devem ser tratados em serviços especializados.

Através das observações livres durante a visita na UBASF, percebemos que as ações de saúde mental algumas vezes são realizadas na própria unidade ou por meio de visitas domiciliares. No entanto, a visita domiciliar é um instrumento que



possibilita conhecer as condições de vida e a saúde da família para subsidiar a intervenção no processo saúde/doença mental.

Visualizamos, através dos discursos, que as ações de saúde mental são direcionadas pelas velhas práticas da psiquiatria, optando-se pelo encaminhamento, na maioria das vezes não realizando o primeiro atendimento. Poderíamos dizer que procuram “livrando-se” do paciente por meio de referência ou até mesmo pela falta de treinamento sobre como lidar com os problemas de saúde mental, ou mesmo pela falta de condições estruturais.

Neste sentido, refletimos quanto à perspectiva do SUS e do PSF no atendimento das demandas de saúde mental, haja vista que devem ser reconhecidos como área de responsabilidade da atenção básica, devendo os profissionais envolvidos despojarem-se de suas crenças e valores ao lidarem com problemas da comunidade, respeitando a forma de viver dos indivíduos e realizando acompanhamento digno para essa clientela.

#### **4.3.4 Ações de saúde mental desenvolvidas pelos enfermeiros e médicos do PSF**

Um aspecto relevante apresentado nas entrevistas abaixo é a forma de como atender as demandas de saúde mental, estando relacionado com o cuidado terapêutico, ao lidar com as famílias assistidas pelo PSF. Após identificarem as necessidades da população assistida, os enfermeiros e médicos procuram atuar sobre as demandas trazidas, embora tenham muitas limitações e dificuldades, conforme aparecem em suas falas.

*[...] algumas peculiaridades da saúde mental [...] você vai conversar com o paciente, numa determinada complicação, uma dor que sente, e quando você vai ver realmente é uma depressão ou uma angústia [...] a gente procura abordar esses pacientes, conversando com eles, deixando que eles falem, principalmente que coloquem suas angústias, o que está sentindo, nunca! nunca, tentar reprimi-lo; não dizer que ele está errado, o que ele não deveria*

*fazer, sempre deve estar na perspectiva de apoio e a equipe de poder ajudar se necessário. (E4).*

*[...] íamos mais pela intuição do que mesmo pela preparação, não tínhamos nenhum treinamento [...] íamos mesmo pela intuição de profissional mesmo, dialogando, abrindo espaço para conversar e expor suas mágoas, e sempre perguntando fale mais um pouco, como vai a família? Fazendo perguntas abertas e circulares, deixando-o à vontade. (E6).*

*[...] eu sou mais de ouvir, a gente passa a ouvir e percebemos que esta pessoa não está precisando de remédio nenhum, eles querem só uma orientação, querem uma conversa, ser ouvida [...] você deixa falar, sorrir, se expressar [...] e chega à conclusão de que não é doença, é apenas uma depressão ou uma ansiedade naquele momento ou um problema que está passando. E7*

*Eu procuro sempre escutar e orientar essas pessoas, dar apoio no sentido de tranquiliza-la e oferecer subsídio para uma solução lógica, sempre dizendo que ele é o agente de mudança. (E5).*

Através dos discursos acima, podemos perceber que o relacionamento interpessoal entre o profissional do PSF e o cliente se dá pela convivência familiar, criando vínculo e aliança mútua. Muitas vezes, há dificuldade em formar vínculos familiares ou comunitários, devendo a equipe de saúde da família estabelecer um relacionamento com eles, demonstrando compreensão, competência e sensibilidade com a problemática apresentada.

Write e Loraine (2002) ressaltam o papel do enfermeiro de família ao entrevistar uma família, utilizando quatro estágios em uma conversação terapêutica: o engajamento (as habilidades de relacionamento), a avaliação (identificação do problema), a intervenção (contexto de mudança) e a finalização do trabalho (final do relacionamento com mudanças construtivas).

A partir desse pressuposto, os profissionais do PSF ao atenderem os problemas de saúde mental da área de abrangência, devem promover um relacionamento positivo, proporcionando uma atmosfera de conforto, oferecendo confiança mútua e cooperação entre família e comunidade.

Sabemos que o PSF trabalha com atenção primária à saúde, neste sentido, as ações desenvolvidas em saúde da família enfocam, prioritariamente, a promoção e a prevenção dos agravos das famílias acompanhadas. Nesse processo, queremos explicitar a importância da comunicação interpessoal como essência no trabalho junto a comunidade assistida.

Como afirma Silva (1996), na área de saúde mental a comunicação é talvez o mais importante do universo de intervenções em saúde, por causa das alterações do processo de comunicação, aqui entendida como processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais).

Ainda deve-se levar em consideração, que os profissionais do PSF precisam estar sensibilizados para lidar com o cliente, devendo ter o respeito com os traços culturais da população assistida.

Verificamos também em alguns relatos, a falta de treinamento por parte dos entrevistados, a dificuldade em atender os problemas de saúde mental, a insegurança e a falta de preparo profissional. Posteriormente, adentraremos nesse assunto em outras categorias.

No estudo, visualizamos que ao lidar com os diversos problemas de saúde mental, os enfermeiros e médicos do PSF fazem, devidamente, os encaminhamentos para unidades de referência. Às vezes, tentam tratar o caso de acordo com suas condutas profissionais, indo de encontro às propostas da atenção primária.

Apresentamos a experiência do Município de Rio Pomba-MG, no que diz respeito à incorporação do PSF às ações de saúde mental, demonstrando uma proposta da atenção primária (PSF) na área de saúde mental, oferecendo um acompanhamento profissional inserido ao contexto sócio-cultural, aproximando a família e a comunidade às questões referentes à saúde mental. Uma experiência de atuação de um serviço de saúde mental inserido ao PSF, abordando a promoção à saúde dos

pacientes psiquiátricos e sua inserção social. O PSF fazendo acompanhamento de ingressos de hospitais psiquiátricos ou com problemas mentais, utilizando como estratégias oficinas com usuário e comunidade, com intuito da inserção social na família e na comunidade. (RONZANI, 1998).

Outras vertentes encontradas nos discursos foram os encaminhamentos. De acordo com Fraga (2003), alguns municípios brasileiros não dispõem de serviços de atenção em saúde mental, sendo comum ocorrerem muitos encaminhamentos de pessoas com problemas psicológicos ou transtornos mentais leves para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por parte das equipes de PSF, dizendo que esses problemas devem ser tratados em serviços especializados e não na UBASF.

Tais fatos podem ser constatados nos discursos abaixo, através das falas:

*[...] com certeza, eu faço a minha parte dentro das possibilidades, além dos medicamentos, a parte da psicoterapia [...] fazendo uma psicoterapia prévia, não é uma psicoterapia psicológica, mas uma psicoterapia médica prévia [...] Existe a referência para o CAPS, mas, eu nunca encaminhei para o hospital, eu sempre seguro o cliente, faço acompanhamento, compreendendo a complexidade do problema, necessitando não só do diagnóstico adequado, como a necessidade de intervenção multidisciplinar no tratamento da saúde mental, aí temos que encaminhar para o CAPS. (M1).*

*[...] nós agendamos uma visita domiciliar, já que temos um transporte na 5ª e na 6ª feira, dividimos com mais 3 equipes de PSF, então, nos coube a 5ª e 6ª feira à tarde [...] é um privilégio! (M4).*

*[...] geralmente, na maioria das vezes tento tratar os sintomas da primeira consulta, tento conduzir a terapêutica, agora quando se trata de alguma coisa que não estou conseguindo resultado eficiente; em geral esses pacientes são encaminhados para o CAPS de Caucaia. (M5).*

*Nós não temos um atendimento específico para o doente mental e não nos sentimos preparados para lidar com eles [...] também têm outras demandas bem maiores, que também precisam ser atendidas [...] fazemos encaminhamento para o CAPS e depois ficamos só acompanhando para saber se está bem. (E 3).*

*[...] quando existe algum caso grave, o médico encaminha para o CAPS de Caucaia. (E4)*

*[...] pessoa que vem pela primeira vez, para esse tipo de coisa, então, a gente já conversa com essa pessoa, conversa com os familiares e encaminha essa*

*pessoa para um serviço de saúde mental [...] e depois a gente aqui no Centro de Saúde, ficaria fazendo a manutenção. (M3).*

Podemos compreender através dos discursos acima, que existem muitos encaminhamentos dos problemas de saúde mental para o CAPS. Ocorre ainda o acompanhamento dos clientes com problemas de saúde mental nas visitas domiciliares realizadas pela equipe do PSF.

Atualmente o Ministério da Saúde tem atribuído aos profissionais do PSF a realização de visitas para monitoramento da situação de saúde da família, principalmente as situações de risco. Pesquisas realizadas em municípios brasileiros que vêm trabalhando no desenvolvimento das ações básicas de saúde mental com as equipes de PSF, revelam estratégias para complementação da reforma psiquiátrica no país. (FRAGA, 2003).

Os profissionais do PSF de Caucaia relataram a dificuldade de referência para o CAPS, devido à falta da contra-referência, à falta de interação entre o PSF e o CAPS e dificuldades de realização de ações de saúde mental nas UBASF.

Diante das demandas de saúde mental é de suma importância ressaltarmos a desinstitucionalização desses problemas, ou seja, investir mais no apoio financeiro para poder criar serviços substitutivos, na formação profissional, na capacitação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental. (BANDEIRA, 1993).

Sampaio e Barroso (1997) oferecem sugestões de como deve ser o primeiro atendimento aos clientes com sofrimento psíquico. devendo ter uma atitude sincera e motivada, interesse em atender o cliente, ter uma atitude de empatia, receptiva ao diálogo, sem perder a autoridade.

Em nosso entendimento, os enfermeiros e médicos do PSF, diante dos atendimentos dos problemas mentais, devem utilizar o acolhimento e o cuidado integral,

conduzindo seus clientes a falarem sobre seus anseios, a fim de que eles tomem consciência da situação, devendo levar em conta o fato de que, tanto os fatores externos, quanto os internos, incidem sobre eles e afetam toda família.

#### **4.3.5 Condições consideradas adequadas pelos enfermeiros e médicos do PSF para atender as demandas de saúde mental**

As atividades desenvolvidas no PSF são de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde, todos desempenhando suas tarefas, voltados para o mesmo espaço familiar e procurando interagir na perspectiva de favorecer a qualidade de vida dos assistidos.

Apresentamos neste capítulo como subcategoria: as condições consideradas adequadas referentes às estratégias utilizadas pelo grupo pesquisado para trabalhar as demandas de saúde mental.

O PSF é um dispositivo que pode favorecer o processo de desinstitucionalização e de re-socialização da pessoa em sofrimento psíquico. Nesse sentido, uma série de condições precisa ser disponibilizada, necessitando do envolvimento de vários seguimentos, tais como: políticas públicas realistas; profissionais minimamente preparados; engajamento do cliente, da família e da sociedade. Somente através da mobilização de todas essas forças é possível se resgatar os direitos de cidadania daquele que, ao longo da história, vem sendo desrespeitado, entre eles o de ter acesso a tratamento digno. O resgate da cidadania da pessoa em sofrimento mental tem que ser um compromisso de todos.

Reportamos Bandeira (1993), quando afirma que a desinstitucionalização encontra algumas barreiras que necessitam ser superadas, destacando: a falha ou a falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços substitutivos; a formação

profissional inadequada; falta de preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente; e a fragilidade na intersetorialidade em outras áreas.

Neste sentido, apresentamos as falas dos entrevistados relatando as condições que consideram adequadas para o atendimento às demandas de saúde mental no PSF.

*A condição que eu acho adequado é um salão amplo para reuniões, atividades como esculturas, pinturas, teatro e palestra [...] uma quadra de esporte, com professor de educação física, toda aquela equipe, uma equipe multiprofissional, como terapeuta, psicólogo, assistente social [...] Não temos recurso nenhum. Já tentei com a própria comunidade, mas, desiste. (E2).*

*O espaço físico é de extrema importância. Você tem que ter o acompanhamento individual e coletivo. Seria para atender os grupos [...] Dentro da saúde mental era pra ter um psicólogo trabalhando com a gente [...] O nosso posto é pequeno, onde nós temos dois consultórios, uma recepção bem pequenininha, uma sala que serve para os dois enfermeiros, um banheiro e uma farmácia pequena, insuficiente para guardar as coisas mesmas. É tudo apertado [...] é uma loucura, lota dentro, lota fora do posto. É uma coisa que já dificulta até a gente trabalhar. (M2).*

*[...] Ter na equipe um psiquiatra. Mas, como o dentista, por exemplo, é um odontólogo para cada duas equipes [...] Para atender a saúde mental poderia ser um psiquiatra para três equipes. Em segundo lugar é o ambiente adequado [...] capacitar os profissionais, fazer alguma reciclagem, para poder ter mais condições de atender uma pessoa com problema de saúde mental. (M3).*

*Primeiro um sistema de referência atuante que não deixa na mão o paciente [...]; o outro seria um ambiente adequado [...] Eu acredito que o consultório. É muito arcaica a maneira de como atendemos os pacientes. Eu acostumo ver de uma maneira de sentar diferente, em que, eu coloco a mesa não como uma barreira, eu boto a mesa de lado, somente para colocar os meus papéis para não voar, para não cair no chão. É de lado a lado, como cadeira de namorado, de forma que ele possa desabafar mais a sua vontade. (M1).*

*[...] Começando pelo acesso, apoio diagnóstico [...] Você não tem tempo suficiente para formar grupos específicos para a saúde mental, para tratar os distúrbios mentais [...] O investimento na formação do profissional é mínimo, dentro do aspecto da saúde mental [...] A referência que nós temos são mínimas: o CAPS, carecendo de uma certa estrutura [...] Você não dispõe desses medicamentos na farmácia municipal. (M5).*

*[...] Um local especial, com vídeos, um ambiente confortável, luminoso e com figuras, coisas que chamem a atenção deles [...] Na minha unidade tem um auditório onde coloco filmes; só tenho três pacientes [...] Outra coisa é a capacitação, que não temos (E7).*

As falas acima retratam a necessidade de se manter serviços de saúde aptos a receber pacientes para o trabalho em saúde mental, sendo fundamentais a estrutura física disponível e os recursos humanos suficientes e capacitados para a realização dessa atividade.

Verificamos que no novo modelo de atenção à saúde é mister construir uma rede de atenção integral, onde o PSF atue como "porta de entrada" do usuário no sistema local de saúde. Dessa forma, o atendimento às demandas de saúde mental, também seria de responsabilidade do PSF, devendo ser atendidas adequadamente, desde a formulação do diagnóstico, passando pelo tratar e acompanhar dos casos em sua área de abrangência, isso deveria ocorrer estando a equipe amparada por um suporte técnico especializado, formando uma rede integrada de atenção, incluindo-se aí todas as estruturas de apoio da própria comunidade.

Esse tipo de experiência tem ocorrido em alguns municípios do Estado do Ceará, como Sobral, Quixadá, Iguatu e outros. O município de Caucaia passa por um processo de organização na atenção primária. Em 2002, o município de Caucaia implantou um ambulatório de saúde mental com uma equipe multiprofissional, recebendo referência dos profissionais do PSF. Hoje, em 2004, está implantado um Centro de Atenção Psicossocial para adultos, localizado na Grande Jurema, também se encontra em fase de implantação o CAPS AD.

Em quase todas as falas vemos a referência à necessidade de uma estrutura física especial para trabalhar as demandas de saúde mental, parecendo mais uma justificativa a própria falta de condições profissionais, incluindo-se tempo disponível e qualificação.

Fagundes (2001) aponta para a possibilidade de aproveitamento de outros espaços sociais para as práticas de saúde mental, destacando: espaços sócio-comunitários, que é o ambiente das ruas, das praças, onde a matéria-prima é a cultura e o público-alvo é a população em geral; espaço público institucional, que é o das



organizações das associações dos estabelecimentos, sendo o trabalho intersetorial e interdisciplinar de cunho pedagógico. Este campo é propício para ações dirigidas a populações específicas, sendo utilizadas linguagens e tecnologias apropriadas das mesmas.

Existe, ainda, o espaço pessoal/grupal, que é constituído por pessoas que se identificam por objetivos, problemas e situações de vida em comum, durante determinado período de tempo. Neste caso, cada grupo tem um processo singular, compartilhado apenas pelos seus integrantes. Por último, temos o espaço íntimo e individual, que é o da intimidade, da privacidade, da clínica, da relação entre duas pessoas centradas numa delas, o usuário.

Dessa forma, estando o PSF inserido em um ambiente bem articulado, faz-se necessário que seus profissionais visualizem a importância de incluir ações em todos os espaços, em parcerias com os diversos atores sociais, estruturas envolvidas e construindo métodos organizativos coerentes com as propostas de atenção à saúde mental.

Outra questão ressaltada pelos pesquisados foi a necessidade de capacitação dos profissionais do PSF nesta área. Observamos que a maioria dos entrevistados referiu a falta de capacitação para lidar com a saúde mental. Estes, em seus discursos, revelam que desenvolvem suas práticas pautadas em experiências do cotidiano, de forma rudimentar e pouco planejadas, sendo as ações realizadas de forma não sistematizada, pautadas, na maioria das vezes, pela intuição. Os discursos abaixo dão indicativos da necessidade de capacitação, pois algumas equipes do PSF, apesar de possuírem estrutura física suficiente, apontam a falta de capacitação como sério problema para desenvolvimento de suas atividades:

*[...] a gente tem um espaço físico considerável. [...] Eu acho que ainda falta mais pra gente: a questão da formação profissional para trabalhar com estes tipos de pacientes, porque na própria faculdade essa formação é muito insipiente.(E4).*

*A primeira coisa seria a capacitação da equipe [...] Outro problema é o excesso de famílias que temos, deixamos de atender as demandas de saúde mental devido o tempo [...] As condições físicas da UBASF são excelentes, temos vídeo, Tv, um espaço para sessão educativa, temos locais reservados para uma conversa particular quando o cliente nos procura. (E6).*

*[...] Espaço físico para desenvolver atividades grupais, reuniões, fazer uma terapia ocupacional, trabalhar em grupo, dando oportunidade para o desenvolvimento físico e mental dos clientes em grupos [...] Também precisamos de uma capacitação adequada e específica em saúde mental com o CAPS. (E1).*

Testemunhamos, ainda, que além da falta de estrutura, capacitação e de recursos humanos, um dos grandes entraves para a realização das atividades de saúde mental é a falta de tempo dos profissionais, os quais se encontram absorvidos em várias atividades, tais como: a educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, organização da UBASF, e outras, inviabilizando dispor de mais tempo para uma atenção mais individualizada, uma escuta sensível das demandas das pessoas atendidas.

Estes fatos, juntamente com a falta de apoio do município e de medicamentos são algumas das justificativas dos enfermeiros e dos médicos do PSF para a realização de encaminhamentos do paciente a outros serviços, já que se vêem incapacitados e inviabilizados de atuarem de modo mais adequado e resolutivo.

*[...] A nossa demanda é muito grande. Temos problemas estruturais na unidade que não dá para contribuir e nem para o funcionamento do PSF [...] também não temos preparo em lidar com esses problemas de saúde mental. (E3).*

*[...] Precisa maior envolvimento do município, em oferecer boas condições, como estrutura física adequada. [...] um psicólogo ou até mesmo um psiquiatra na equipe. (E5).*

*[...] Primeiro, apoio do município [...]; segundo, uma farmácia com medicamentos para o controle e um bom time de psiquiatras, psicólogos que pudessem dar suporte aqui no município [...] Nós fazemos a referência se necessário. (M4).*

Percebemos, através das falas, que as condições oferecidas pelo Município deixam muito a desejar, tanto em qualidade, quanto em quantidade. A equipe de saúde, dada por se colocar frente às demandas da comunidade, lidando com todas as eficiências próprias do sistema de saúde nacional. Aproximando-se dessa situação é difícil percebermos que entre o discurso sobre as políticas públicas e realidade existe um vácuo, onde estão lado a lado a não assistência e o descaso com a “coisa pública”, notadamente a saúde da população mais carente.

#### **.4 Preparo Profissional dos Enfermeiros e Médicos do PSF para Lidar com as Demandas de Saúde Mental**

Os profissionais do PSF devem estar, pelo menos, minimamente capacitados e preparados para lidar com os problemas de saúde mental, para que haja uma maior compreensão do processo saúde/doença mental, desvelando uma postura de valorização e compreensão dentro de suas condições sociais e culturais.

Para Capistrano Filho (1999) a capacitação é fundamental para a qualidade do serviço, por isso se torna importante perseguir-la, sendo necessária uma constante atualização profissional.

Nessa temática, o profissional de saúde da família necessita realmente estar num processo contínuo de capacitação. “[...] devendo estar sempre abertos para enfrentar novas experiências, identificar novos problemas críticos de sua realidade de trabalho, refletir sobre tais problemas e buscar, de forma interdisciplinar, soluções apropriadas para eles”. (SOUZA, 2000, p. 27). Enfim, eles sempre devem estar disponíveis para o processo de ensino-aprendizagem.

Em nosso estudo, os pesquisados demonstraram não terem capacitação ou afinidade profissional para atender as demandas de saúde mental, embora alguns referiram ter experiências nessa área, conforme se evidencia através de seus relatos:

*Tenho experiência, mas faz muito tempo, e sempre ficou assim na minha cabeça, quando vejo alguém, vêm aquelas coisas do curso anterior. Mas eu acho que o maior preparo é o meu íntimo, meu jeito, a minha maneira de agir, eu acho que é a minha natureza, a minha sensibilidade com as pessoas, eu acho que o mais importante, o que conta mais, é a experiência. Outra coisa também é a capacitação, considero de suma importância. (E7)*

*Em relação a curso ou treinamento está muito defasado, não tem nada, a capacitação é muita fraca, quando aparece tem que pagar, não é barato. Aqui, somos esquecidos, desprezados. Se você quer se aperfeiçoar tem que buscar nos livros. Nunca teve curso de saúde mental aqui em Caucaia. (E2).*

*Infelizmente, a nossa demanda é muito grande [...] até mesmo temos problemas estruturais na unidade que não dá para contribuir nem dá para o funcionamento do PSF direito quanto mais a gente incluir a saúde mental no PSF. O problema maior é a organização da demanda e a preparação do profissional para trabalhar a saúde mental. (E3).*

*[...] só na faculdade mesmo. Nós tivemos vários cursos excelentes neste ano, mas em saúde mental, nunca tivemos. Com a relação à saúde mental, eu acho que falta organização aqui no PSF direito, colocar em funcionamento mesmo e depois exigir do profissional, e além disso a capacitação do curso graduação em enfermagem aonde fez na universidade, não deu nenhum subsídio para chegar dizer a eu sei trabalhar com o doente mental (E6).*

*Eu não me considero muito bom, fico inquieto, justamente na área de saúde mental [...] então, quando você olha para os livros antigos de Freud, com aquelas teorias mirabolantes, não faz muito sentido! Então, justamente, por não ter a falta de definição, eu não fico a vontade de lidar com eles. Na prática precisa de capacitação juntamente com suporte de profissionais habilitados. (M4).*

*Em termos de treinamento em saúde mental, nenhum [...] é uma coisa que eu fico louquíssima, quando tenho que fazer. (M2).*

Constatamos nos discursos acima, a falta de capacitação profissional na área de saúde mental, justificada pelo despreparo específico para atuarem nessa área, procurando apreendê-la no cotidiano, através das experiências vivenciadas por eles.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde revelou que 97,2% dos profissionais do PSF, enfermeiros e médicos pesquisados, manifestaram desejo de

maior aprimoramento técnico-científico para realizarem suas atividades no PSF, tanto assistenciais como educativas. (BRASIL, 1999).

Assim, podemos salientar a importância da qualificação das equipes do PSF, enfermeiros e médicos, no âmbito da saúde mental, com o intuito de transformar ou reinventar novas práticas em saúde mental, na superação do modelo hospitalocêntrico. Ainda, se fazendo necessária a integração da equipe de saúde mental e a intervenção interdisciplinar.

Discorrendo, ainda, sobre a falta de preparos para atender as demandas de saúde mental, os pesquisados relataram alguma experiência em saúde mental durante a graduação, para trabalharem com o paciente em sofrimento psíquico, conforme expressam:

*[...] tive uma formação na própria faculdade com grupo de arte que é uma atividade relacionada ao grupo terapêutico [...] Naquele momento, dentro daquele grupo, eles colocavam as suas angústias, suas dificuldades, seus medos [...] A gente sabe que dentro das 7 áreas da atenção básica, a saúde mental é esquecida; como um patinho feio da atenção básica, ela acaba, por si só, um pouco esquecido! [...] Na verdade, a gente tem trabalhado muitas as outras áreas e a saúde mental sempre tem ficado de lado, mas, eu penso que isso, só por uma questão de tempo, que as coisas estão começando a se organizar. (E4).*

*A minha experiência da graduação me ajudou muito [...] para atender adequadamente. Todos os profissionais precisariam de um treinamento para que eles se qualificassem. (E5).*

*O único preparo que tenho é através dos livros. Quando me formei, há 20 anos, muitas coisas mudaram. Antigamente, todas as pessoas que apresentavam comportamentos diferentes seriam internadas, ia para hospital, ficavam bem isoladas e excluídas. E hoje, vimos que a coisa mudou [...] Precisamos de mais preparo na saúde mental. (E6).*

*[...] Eu, particularmente, não tenho treinamento em saúde mental. Até precisaria de uma capacitação para poder desenvolver melhor as atividades. O ideal é que fôssemos reciclados. A experiência que tive em saúde mental foi na graduação. (E1).*

*O meu preparo para a saúde mental é básico [...] o que eu aprendi na faculdade. Não tenho nenhum curso específico na área de saúde mental. (M5).*

Observamos, através dos discursos, a falta de preparo ou a pouca experiência em saúde mental durante a graduação, acarretando grandes dificuldades quanto ao manejo da clientela, muitas vezes podendo comprometer a qualidade da assistência. Finda por traduzir-se em uma prática ultrapassada e antiga, distanciando-se do saber científico e específico e que carece de reciclagem e atualização, já que vivenciamos um novo paradigma dentro da saúde mental.

Sabemos que um dos caminhos para a humanização da assistência é a qualificação profissional, principalmente os profissionais do PSF que trabalham com as demandas de saúde mental, que devem promover garantias como acolhimento, acessibilidade, socialização e o que é de direito do paciente.

É interessante ressaltar que apenas um pesquisado se considerou preparado para atender às demandas de saúde mental:

*[...] Trabalhar com família, também, trabalha com a mente e com o estado de saúde geral [...] Na formação da residência em saúde da família, também, me capacitei tecnicamente a trabalhar a saúde mental [...] trabalhei com grupo [...] Tenho a motivação e a formação técnica, não como psiquiatra, e sim na formação em saúde da família.(M1).*

Tendo em vista o discurso do especialista em saúde da família apresentar relevância quanto à capacitação em saúde mental, seria interessante que todos os profissionais do PSF apresentassem, como requisito para trabalhar nesse tipo de serviço, no mínimo, o curso de especialização em saúde da família.

## I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, analisamos a prática dos enfermeiros e dos médicos do PSF de Caucaia – CE, quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Realizamos uma pesquisa qualitativa por compreendermos que esta incorpora melhor a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais em construções humanas significativas. Este tipo de abordagem nos permite obter uma apreensão mais aprofundada do fenômeno analisado.

O grupo pesquisado apresentou as seguintes características: a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (71,4%), 80% dos médicos é do sexo masculino, apresentaram a idade entre 21 e 50 (84,6%), a maioria são casados (84,6%) e com formação profissional em nível de graduação somente para 37,5% dos enfermeiros, tendo, onde 57,1% são especialistas e 42,9% graduandos; os médicos apresentaram 40% com mestrado, 40% são especialistas e 20% são residentes; o tempo de formado variou de 1 a 5 anos para 50% dos enfermeiros e 40% dos médicos; grande parte dos entrevistados tem entre 1 a 4 anos de trabalho no PSF (92,3%); em relação à situação empregatícia, 25% dos enfermeiros têm somente uma fonte empregatícia, tendo o restante do grupo mais de um emprego, além do PSF; os salários são maiores para os médicos, variando de 14 salários ou mais (100%), enquanto que para os enfermeiros variaram de 4 a 10 salários mínimos (100%).

Os discursos dos enfermeiros e médicos do PSF demonstraram que suas práticas estão voltadas aos programas definidos pelo Ministério da Saúde, destacando-se as ações em grupos ou programas específicos, como por exemplo, diabetes, hipertensão, pré-natal, DST, planejamento familiar e outros.

Para a nossa compreensão, algumas ações desenvolvidas no PSF reportam ainda ações voltadas para modelo biomédico, onde deveria ser lógica da Vigilância à

Saúde através dos Sistemas Locais de Saúde. Dessa forma, não despertaram para as mudanças das práticas de saúde, onde se utiliza o cumprimento de protocolos ministeriais, esquecendo de reinventar novas práticas profissionais como a maior aproximação com a comunidade e o atendimento humanizado.

Entre as diversas atividades realizadas por esses profissionais do PSF foi identificada existência de demandas de saúde mental, dentro de suas rotinas de trabalho, onde suas ações desenvolvidas não tinham uma estrutura sólida de atendimento, levando o agir, de forma intuitiva, a consistência e a sistematização das ações não existiam, eram superficiais ou eventuais.

No entanto, ações de saúde mental precisam ser intencionais, haja vista que os profissionais aprofundem seus conhecimentos e marcos conceituais acerca das práticas em saúde mental, direcionando a ação profissional e qualificando cada vez mais a prática profissional.

Os profissionais do PSF demonstraram dificuldades em definir doença mental, utilizando vários termos como distúrbios patológicos, emocionais, mudanças comportamentais, bem como, diferenças entre normal e anormal e critérios para a sua classificação.

Considerando-se a importância do conceito na definição da percepção e ação que se têm sobre aquilo que foi conceituado, pudemos apreender que a doença mental é algo, ainda, pouco compreendido e complexo para os profissionais da saúde, notadamente daqueles que atuam em outras áreas, que não a saúde mental. Essas formas de apreender a doença podem provocar nos profissionais barreiras imensas na atenção à pessoa em sofrimento mental, findando por produzir uma ação não resolutive ou um simples passar para outros algo que poderia ser resolvido em nível das equipes do PSF. Certamente que a responsabilidade por essa inabilidade em lidar com a problemática não se limita somente ao profissional, comprometendo desde as



instituições formadoras até aquelas responsáveis pelas políticas públicas, entre elas as de educação e saúde.

Foram relatados os problemas de saúde mental mais freqüentes no PSF, destacando-se as depressões, ansiedades, esquizofrenias e dependências químicas, principalmente o alcoolismo. Poucos dos profissionais procuram atender as demandas de saúde mental através do acolhimento do cliente e da escuta sensível, realizado através do cuidado terapêutico, do relacionamento interpessoal entre o profissional do PSF e o cliente, que se dá pela convivência familiar, pelo vínculo e aliança mútua.

Essa aproximação ou afinidade em trabalhar com a saúde da família se dá, principalmente, por acreditarem no vínculo que é estabelecido entre o profissional e a comunidade, sendo uma valiosa contribuição para encarar os problemas de saúde mental em suas áreas de abrangência.

No entanto, essa facilidade não é suficiente para lidar com este tipo de demanda, pois, em seus discursos, os profissionais revelam as deficiências em suas formações ao atuarem na área de saúde mental, tendo dificuldade em assistir esse cliente, expressando insegurança e falta de preparo profissional.

Quanto à forma de resolver ou atuar sobre o sofrimento mental do cliente, o grupo pesquisado visualiza como resolução dos problemas o acompanhamento durante as visitas domiciliares e os encaminhamentos para o Centro de Referência, tipo CAPS.

Identificamos também que os profissionais do PSF de Caucaia, apesar de considerarem a referência uma forma de resolução dos problemas, relataram a dificuldade de referência para o CAPS, devido à falta da contra-referência e de interação entre esses dois serviços. Esse fato, juntamente com a falta de apoio do município e inexistência de medicamentos psicotrópicos, é alguns dos motivos apontados pelos enfermeiros e médicos do PSF para o encaminhamento do cliente a

outro serviço. A falta de estrutura para uma ação adequada, deixa-os sem muitas condições para uma ação mais adequada.

Dentre as atividades desenvolvidas no PSF para a abordagem da saúde mental foram identificados: a educação em saúde, uma das práticas mais realizadas pelos enfermeiros e o trabalho em grupo, através de ações desenvolvidas em atendimentos de grupos com patologias como: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e grupo de crianças, adolescentes, idosos, ou ainda por fatores de risco, como obesidade, tabagismo e alcoolismo.

Outra condição ressaltada pelos enfermeiros e médicos que dificulta a atenção a essas demandas, liga-se à sobrecarga de atividades que têm de desenvolver para cumprirem o protocolo previsto pelo Programa, não sobrando tempo para uma ação mais específica e que requer habilidades e condições para a escuta.

Destacamos que está previsto nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na proposta da NOAS-SUS 01/2001 a inclusão da atenção em saúde mental em todos os níveis de assistência, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, preferencialmente, em serviços comunitários, como CAPS, PSF e outros.

Dessa forma, ressaltamos a importância das ações de saúde mental serem realizadas na própria UBASF ou, ainda, por meio de visitas domiciliares, já que as mesmas são um instrumento de suma relevância para a saúde da família, no intuito de melhor conhecer as condições de vida e a saúde desse grupo, para subsidiar a intervenção no processo saúde/doença mental.

Apreendemos, através dos discursos, que as ações de saúde mental são orientadas pela clínica psiquiátrica, onde a medicalização é o principal instrumento de intervenção e, na ausência de medicamentos, esses profissionais optam pelo encaminhamento. Essa prática pode levar a crer que a equipe procura "livrar-se" do

cliente por meio da referência, pela falta de preparo técnico especializado para lidar com as demandas de saúde mental, ou mesmo pela falta de condições estruturais.

Com base no que propõe a Reforma Psiquiátrica, o novo modelo deve contar com uma rede integral de atenção à saúde mental, onde o PSF atue como "porta de entrada" do usuário no sistema local de saúde. Dessa forma, as pessoas com algum tipo de sofrimento mental deveriam ter acesso ao sistema pelo PSF, os profissionais devendo diagnosticar, tratar e acompanhar essa clientela. Cabe, ainda, à equipe desenvolver ações de atenção primária através da resolução de problemas psicossociais que ocorrerem na comunidade.

Para que todas essas ações sejam desenvolvidas, a equipe necessita estar amparada por condições estruturais adequadas, incluindo-se profissionais da área de saúde mental.

Em nosso estudo, os pesquisados demonstraram não ter capacitação ou afinidade profissional para atender as demandas de saúde mental, embora tenham referido experiências anteriores nessa área e até atuarem adequadamente.

Reconhecemos que um dos caminhos para a humanização e adequação da assistência é a qualificação profissional, principalmente dos profissionais do PSF, já que trabalham em contato direto com comunidade. As demandas de saúde mental que chegam à equipe, muitas vezes, vêm de pessoas que buscam somente um acolhimento, uma escuta sensível, um alívio para suas "dores" cotidianas. Essa clientela tem direito a uma atenção digna, onde os princípios do SUS de acessibilidade, integralidade, equidade e resolutividade sejam garantidos.

Nosso estudo identificou a necessidade dos enfermeiros e médicos reinventarem novas práticas em saúde mental, repensando seus conceitos, a fim de que seja introduzido o novo modelo previsto na Reforma Psiquiátrica, viabilizando resolutividade dos problemas decorrentes das demandas da comunidade assistida.

Percebemos que é necessário sensibilizar e reciclar os enfermeiros e médicos do PSF para a atuação na área de saúde mental, a fim de evitar o uso de práticas psiquiátricas tradicionais, atendendo às demandas em saúde mental na UBASF, evitando internações psiquiátricas desnecessárias.

Refletindo-se na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que propõe, entre outras coisas, integrar a saúde mental a estratégias ou programas de saúde, movimentos sociais e instituições e a importância do PSF como modelo de atenção em saúde e como campo propício para a efetivação dessas ações, os profissionais do PSF precisam inserir-se na assistência de demandas emocionais e psicológicas de sua clientela.

Analisar a prática dos enfermeiros e médicos do PSF, contribuiu para repensarmos uma forma de melhor utilizar os dispositivos públicos, na busca de uma assistência de qualidade a uma parcela grande da sociedade, que é colocada à margem do sistema, excluída de seus direitos de cidadão.

Ao observarmos os discursos dos profissionais do PSF, percebemos que têm sensibilidade para as questões relativas à saúde mental, mas, que não reúnem qualificação específica para atuarem. Alia-se a isso, a quase total falta de condições materiais oferecidas pelos gestores municipais, quando da implantação e manutenção do sistema de saúde oferecido à comunidade. Reverter esse quadro exige vontade política e compromisso ético de todos os envolvidos nesse processo.

Reconhecemos que o PSF é uma das estratégias do novo modelo de atenção à saúde. Sua implantação, em todo país, reflete mudanças em várias estratégias de trabalho que buscam atender à saúde mental e a inserção social da pessoa em sofrimento, buscando um atendimento humanizado, conciliando a reabilitação e re-inserção social, ajudando a pessoa em sofrimento mental no resgate de seus direitos de cidadão. Tudo isso, pode fazer com que o PSF seja mais um

dispositivo de saúde que se junta à luta de superação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, devolvendo à sociedade a pessoa em sofrimento psíquico.

Ficou evidente, a importância da inserção da saúde mental na atenção primária, mesmo considerando que este estudo, trabalhando somente com algumas equipes de PSF, atingiu os seus objetivos ao buscar uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelos enfermeiros e médicos pesquisados, servindo de contribuição para uma reflexão mais ampla sobre a prática profissional que vem sendo desenvolvida no município.

A pesquisa afirma uma parte da verdade, partindo da visão do pesquisador, sendo necessário que outros profissionais despertem uma nova perspectiva que oriente cada vez mais o trabalho com a saúde mental.

Sentimos a necessidade de que outras pesquisas se somem a esta, na busca de uma melhor adequação dessa estratégia de intervenção em saúde, que poderá contribuir para a melhoria das condições de saúde e de vida das comunidades assistidas pelo Programa.

Ao finalizamos as análises realizadas, verificamos ser oportuno sintetizarmos as idéias-forças que emergiram durante o estudo, desta forma, desenhamos um diagrama onde o leitor pode visualizar as dificuldades e intervenções necessárias que surgiram ao longo do estudo.



## 6 REFERÊNCIAS

AMARAL, M. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/bsp/bsp03030001/>>. Acesso em: 21 jun. 2003.

AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: SDE/ENS, 1995

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes de rehospitalizações. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 42, n. 9, p. 491-498, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 125p.

BARROS, R. D. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BIRMAM, 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto Nº 93.933 de janeiro de 1997. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de saúde e relatório de gestão**. Brasília, 1998. 40p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, 1999, 34p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: programa saúde da família**. Caderno 1. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da oficina de trabalho sobre inclusão de ações de saúde mental no PSF**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/PSF.html>>. Acesso em: 10 nov. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde (NOAS). Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto-lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Legislação em Saúde Mental. 2. ed. Brasília, 2001 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **LEI FEDERAL Nº 9.8677 DE 10/11/1999.** Legislação em saúde mental. 2º ed. Revista e atualizada, nº 4, Brasília, 2002.

BRÊDA, M. Z. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde.** Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

CABRAL, B. et al. (Org.). **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2000. p. 137-152.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 29-87. (Saúde em Debate. Serie Didática, 76, 3).

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992. p. 143-193.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa saúde da família em São Paulo. **Rev. Est. Avançados,** São Paulo, n. 35, p. 89-90, jan/abr. 1999.

CARRARO, T. E. Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** v. 3, n. 2, p. 105-108, 1998.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. Uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo, 2001.

CAUCAIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema Informação Básica 2002.** Caucaia, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema Informação Básica 2004.** Caucaia, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará.** Fortaleza, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório de Gestão 2002.** Fortaleza, 2002.



- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório de Gestão 2003**. Fortaleza, 2003.
- CERQUEIRA, P. Ensino e assistência em saúde mental. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, n.3, 1999. p. 75-83.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DALMOLIN, B. M. Trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. **Mundo Saúde**, v. 24, n. 1, p. 51-58, 2000.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Oboré, 1992.
- \_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1.
- DELGADO, P. **Projeto de lei No 3657/89**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, set.1989.
- DEMO, P. **Participação e conquista**. São Paulo: Cortez, 1988.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- D'INCAO, M. A. **A doença mental e a sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 308 p.
- FAGUNDES, S. **Saúde mental nas políticas públicas municipais**. Rio de Janeiro, Ed. IPUB-CUCA, 2001. (Coleções IPUB).
- FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n. 4, p. 431-438, 2002.
- FRAGA, M.N. O. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998. Salvador. **Anais...** Salvador: ABEN, 1999. p. 272-277.
- \_\_\_\_\_. Construção da reforma psiquiátrica brasileira: questões sobre o modo de inserção da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45., 1993, Recife. **Anais...** Recife, 1986. p. 189-197.

\_\_\_\_\_. Enfermagem psiquiátrica e novos serviços de saúde mental. In: FORTE, B. P.; FRAGA, M. N. O.; GUEDES, M. V. C. **Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-Graduação/DEN/UFC, 1998. p. 75-81.

\_\_\_\_\_. **Inserção de saúde mental na atenção básica de saúde**. Fortaleza, 2003. Fotocopiado.

GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em capitais brasileiras**. São Paulo: UNIFESP, 1997.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GONDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Roteiro para abordagem de casos em ética aplicada á pesquisa**. Disponível em: <<http://www.fccna.ufjf.br/apba/casopemq.htm>>. Acesso em : 6 set. 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137.

IBGE. **Anuário estatístico do Ceará**. Fortaleza, 2000.

JARDIM, S. R.; PERECMANIS, L.; SILVA FILHO, J. F. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos do metrô no Rio de Janeiro. I. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 45, n. 5, p. 265-284, 1996.

KOULRAUSCH, E.; ROSA, N. G. Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 20, n. esp., p.113-122, 1999.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994.

LARANJEIRA, R; PINSKY, I. **O alcoolismo**. São Paulo: contexto, 1998.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 2000.

LIMA, M. A. D. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 87-91, 1996.

LINO, M. A. Saúde e doença mental: classificação das doenças mentais (CID 10). In: TEIXEIRA, M. B. et al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Ateneu, 1997. p. 7-8.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Região Nordeste. Brasília: MS, 2000. v. 3.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. 32p.

MÉDICI, A. C. A Força de trabalho em saúde nos anos 70: percalços e tendências. In: MÉDICI, A. C. et al. **Textos de apoio-planejamento I – Recursos humanos em Saúde**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. p.124-140.

MENDES, E. V. (Org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 19-81.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MONTICELLI, M. A força de trabalho de enfermagem e sua inserção no sistema no sistema de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 1, p. 47-62, 2000.

NASCIMENTO, A. A.M. **Avaliando estratégias empregadas em saúde mental, pelos enfermeiros do programa saúde da família**. 2002, Fortaleza. Monografia (Especialização) - Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2002.

NICÁCIO, M. F.(Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Ed. Uva. 2000.

OLIVEIRA, F. B **Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização**. São Paulo, 1999.16p. Fotocopiado.

\_\_\_\_\_. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2001. p.227.

\_\_\_\_\_. G. G. **O atendimento dos médicos em centros de saúde e a prevalência das desordens mentais.** 1998, Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1998.

\_\_\_\_\_. A.G; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 3, Ribeirão Preto, maio/jun.2003.

OMS. Cid-10. **Crítérios diagnósticos para pesquisa.** Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde do mundo. Saúde mental: Nova concepção, Nova esperança.** Brasil: Ed. Gráfica, 2001.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas do confinamento.** Rio de Janeiro: Revan, 1994. 91p.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527p.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSÉN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

PEREIRA, J. F. **O que é Loucura.** São Paulo: Editora Brasiliense, Coleção primeiros passos, 1985. 107p.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. 208p.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

\_\_\_\_\_. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje.** São Paulo: Hucitec, 1996. 158p.

RAGGIO, A.; GIOCOMINI, C. H. A permanente construção de um modelo de saúde. **Divulg. Saúde Debate**, n.16, p.9-16, 1996.

ROCHA, M. **Manual e enfermagem em saúde mental e psiquiatria.** Rio de Janeiro: SENAC, 1992.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica: saúde mental: prevenção e intervenção.** São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118p.

RONZANI, T.M. **O PSF e a saúde mental**: uma proposta de saúde mental ampliada em RIO Pombo-MG. Relato de experiência. NATES-www.telmoronzani@bol.com.br.

ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Goiânia, v. 1, n. 1, out/dez 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 12/06/2002

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem hospício-contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SAMPAIO, J. Reflexões sobre psiquiatria, loucura e doença mental. **O Povo**, Fortaleza, 29 out. 1994. Caderno C, p. 4-5.

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

\_\_\_\_\_. **Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família**: diretrizes e experiências no Ceará. São Paulo: Hucitec, 2000. n. 7, p. 199-219.

SANTOS, Á . S. **Treinamento e desenvolvimento em ações educativas**: uma investigação com profissionais de saúde coletiva. São Paulo, 1996. 234p. Dissertação (Mestrado) - *Faculdades Integradas São Camilo, São Paulo*, 1996.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: TE CORÁ, 1999.

SELLIGMAN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez/ UFRJ, 1994.

SILVA, A . L. A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S. S. L.; SILVA, M. J. P. Comunicação e enfermagem em saúde mental. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 65-70, 2000.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A . Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1996.

SILVA, W. V. Reflexões sobre o cuidar em saúde mental. In: JORGE, M. S. B. et al. **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos, 2000. p. 89-100.

SOARES, M. S. Plataforma para reorientação da atenção à saúde mental no Ceará. **Sustentação**, a. 4, n. 9, p. 18, 2002.

- SOUZA, M. A. S.; FRAGA, M. N. O. **Serviços psiquiátricos em Fortaleza: prisão e peregrinação da clientela.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.
- SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática mais que uma reconquista do PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, p. 25-30, 2000.
- TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p.150-158, 2001.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, J. S; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, a .8, n.2,p.7-25, abr./jun. 1998,
- \_\_\_\_\_. R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no programa saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 386-400, 2000.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **A Pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 145p.
- VENÂNCIO , A .T.; CAVALCANTI, M. T. (Org.) **Saúde mental: campo, saberes e discursos.** Rio de janeiro: Edições IPUB, 2001.
- VICTOR,J.F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde: Atuação do enfermeiro:Um estudo de caso.** 2002. ,Fortaleza. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Departamento de enfermagem Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.
- VIEIRA, N. F. C. **Issues in the implementation of a school-based HIV/AIDS:** Bristol, education project in Fortaleza, Brasil, and 1998. 261p.These (Douctor) - University of Bristol of Education.
- WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

## APÊNDICES

## Apêndice I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE  
COMUNITÁRIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)

Fortaleza, \_\_\_\_\_.

Senhora Coordenadora do Programa Saúde da Família do Município de Caucaia

Estamos realizando uma pesquisa sobre A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E DO MÉDICO DO PSF NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, elegendo o Município de Caucaia como propício para isso.

Desse modo, solicitamos a sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização desse estudo, uma vez que o mesmo, certamente, trará contribuições importantes para repensarmos o modo como o PSF se insere no processo de Reforma Psiquiátrica, atendendo a metas previstas pelo Ministério da Saúde, em consonância ao que determina órgãos internacionais de direitos humanos.

A pesquisa será desenvolvida com enfermeiros e médicos integrantes das equipes do PSF, pertencentes a faixa litorânea e Sede do município, devendo ser iniciada em maio de 2003, conforme agendamento feito com cada participante.

Informamos, ainda, que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia e cronograma) e que o consentimento informado, tanto dos sujeitos pesquisados, quanto dos representantes legais da instituição envolvida, dá autonomia aos participantes para fazer parte ou não do estudo, podendo retirar-se ao qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar esta pesquisa, a qual comporá nossa dissertação de mestrado, comprometendo-nos a respeitar os aspectos éticos e legais definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Contando com vossa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Coordenadora do Programa Saúde da Família

Adail Afrânio Marcelino do Nascimento  
Mestrando – Enfermagem/UFC



## Apêndice II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE  
COMUNITÁRIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado Colega,

Estamos realizando uma pesquisa sobre A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E MÉDICO DO PSF NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, elegendo o Município de Caucaia como propício para isso.

Desse modo, solicitamos a sua valiosa colaboração, no sentido de participar desta pesquisa. Sua contribuição é de fundamental importância para repensarmos o modo como o PSF se insere no processo de Reforma Psiquiátrica, atendendo a metas previstas pelo Ministério da Saúde, em consonâncias ao que determina órgãos internacionais de direitos humanos.

A pesquisa será desenvolvida com enfermeiros e médicos integrantes das equipes do PSF da faixa litorânea e da Sede devendo ser iniciada em Maio de 2003, conforme agendamento feito com cada participante.

Informamos, ainda, que todos os participantes foram esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia e cronograma) e que o consentimento informado, tanto dos sujeitos pesquisados, quanto dos representantes legais da instituição envolvida, dá autonomia aos participantes para fazer parte ou não do estudo, podendo retirar-se ao qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Diante do exposto, solicitamos sua colaboração e empenho em suas respostas, de modo que as mesmas possam refletir a expressão real de seus pensamentos.

Comprometendo-nos a respeitar os preceitos éticos e legais definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantido-lhe a preservação do anonimato e a devolução dos resultados obtidos.

Certo de sua colaboração, agradece antecipadamente.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Adail Afrânio Marcelino do Nascimento  
Pesquisador/Mestrando – Enfermagem/UFC

---

Entrevistado

## Apêndice III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE  
COMUNITÁRIA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: \_\_\_\_\_; Horário do Início: \_\_\_\_\_; Horário do Término: \_\_\_\_\_

#### 1. Dados de Identificação

Identificação: \_\_\_\_\_; Sexo: F ( ) ; M ( ) ; Idade: \_\_\_\_\_ anos;  
Estado Civil: Solteiro ( ) ; Casado ( ) ; Desquitado/Divorciado ( ) ; Viúvo ( ) ;  
Outros ( ) \_\_\_\_\_;

Formação: Graduação ( ) ; \_\_\_\_\_  
Aperfeiçoamento ( ) : \_\_\_\_\_ Carga Horária \_\_\_\_\_

Experiência anterior: \_\_\_\_\_

Especialização \_\_\_\_\_; Mestrado: \_\_\_\_\_;

Doutorado: \_\_\_\_\_;

Tem alguma formação na área de saúde mental? Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de Formado: \_\_\_\_\_ anos;

Tempo que trabalha no PSF: \_\_\_\_\_; Função que ocupa: \_\_\_\_\_;

Carga horária: \_\_\_\_\_ Outros vínculos Empregatícios: \_\_\_\_\_

Renda pessoal: 0 – 3 salários-mínimos ( ) ; 4 – 6 salários-mínimos ( ) ;

7 – 10 salários mínimos ( ) ; 11 – 13 salários mínimos ( ) ;

+ de 14 salários mínimos ( )

#### 2. Questões Norteadoras

- Descreva as ações que você desenvolve no PSF, falando da sua rotina de atividades ?
- Quais os problemas de saúde mental mais freqüentes na comunidade assistida pela equipe e de que forma você os atende?
- Quais as ações de saúde mental que você considera relevantes para atender os problemas desta área?
- Para você o que seria doente mental ?
- Que condições você considera adequadas para atender os problemas de saúde mental em sua equipe de PSF?
- Que preparo profissional você tem para lidar com os problemas de saúde mental?
- Gostaria de falar ou acrescentar algo mais?



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. N° 124/03**

Fortaleza, 28 de abril de 2003

**Protocolo COMEPE n° 33/03**

**Pesquisador responsável:** Adail Afrânio Marcelino do Nascimento

**Dept°./Serviço:** Departamento de Enfermagem/UFC

**Título do Projeto:** "Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico no Programa Saúde da Família"

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de abril de 2003.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta de Miriam Parente Monteiro.

Dra. Miriam Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/HUWC/UFC