

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SAÚDE MENTAL E ENFERMAGEM:

em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família

LAIANE MEDEIROS RIBEIRO

NATAL/RN
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LAIANE MEDEIROS RIBEIRO

SAÚDE MENTAL E ENFERMAGEM:

em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Soraya Maria de Medeiros

NATAL/RN
2007

BANCA EXAMINADORA

A dissertação “**SAÚDE MENTAL E ENFERMAGEM:** em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família”, apresentada por Laiane Medeiros Ribeiro ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/2007.

Prof^a Dra. Soraya Maria de Medeiros - Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha - Titular
Departamento de Enfermagem da UFPB

Prof^a Dra. Raimunda Medeiros Germano - Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda - Suplente
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

*A **Deus** pela dádiva da vida, aos mentores e amigos espirituais que me acompanharam durante esta jornada.*

*Ao meu pai, **José Lúcio Ribeiro**, meu maior incentivador em tudo na minha vida, meu amigo, meu companheiro. Não mede esforços em investir na minha educação, sempre me dando força para crescer profissionalmente. Obrigada por tudo, paiinho! Essa vitória também é sua!*

*À minha mãe, **Jane Maria** (in memoriam), por acreditar em mim como pessoa, sempre orientando para o caminho do bem, da justiça e da solidariedade. Saudade eterna de você, mainha...*

*As minhas irmãs **Jaiane** e **Luane** pelo apoio emocional e financeiro não só para este trabalho mas durante toda a minha graduação. Vocês são pérolas na minha vida. Amo-as muito!*

*A minha segunda mãe, **Berenice**, que sempre esteve comigo desde a minha infância. Obrigada pelo amor e principalmente dedicação!*

MENÇÃO HONROSA

*Bem, é difícil registrar em palavras o quanto a **Professora Doutora Soraya Maria de Medeiros** representa para mim durante estes cinco anos. Encontramo-nos na disciplina Seminário de pesquisa, na qual a professora iniciou um projeto da qual participei como voluntária. A partir dessa experiência vieram outras que me enriqueceram até o mestrado como projeto de extensão e PIBIC.*

Soraya (aqui me permito retirar a titulação, pelo carinho, amizade e respeito que tenho por ela), não foi somente uma orientadora de trabalhos científicos, mas me orientou na vida. Imagino que nem ela sabe o quanto foram importantes as cobranças para eu estudar mais e aprimorar a minha escrita. A cada orientação era um “rasga-rasga” de papel, além de centenas de livros que ela me emprestava para ler referente à minha dissertação. Não poderia deixar de mencionar os cafés filosóficos após as orientações que eram verdadeiras aulas de saúde pública, psicologia e filosofia. Os desabafos, os choros e ela sempre, com muita paciência, me dizia: “-Tenha calma, Laiane, você está no caminho certo”.

Neste momento em que me faltam palavras só tenho a agradecer de todo coração por estes cinco anos de convivência e pela honra de ter sido sua orientanda.

Obrigada por sempre ter acreditado no meu potencial como pessoa e aspirante à pesquisadora.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas merecem o meu agradecimento, pois, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

- A **Kinha**, pela amizade, amor, carinho, pelo incentivo na construção e finalização deste estudo. E, por muitas vezes, me tirar da frente do computador me mostrando que é preciso *saber viver* e que temos tempo para tudo.
- A **Didá** (Mirza Medeiros dos Santos) por acreditar em mim como enfermeira e por me incentivar sempre a seguir carreira docente.
- À minha “boadrasta” **Ana Maria** por saber compreender meus momentos de ausência nos eventos familiares, por sempre estar presentes nos momentos difíceis e por estar disponível para me atender no seu “divã”.
- Aos meus amores **Yasmim** e **Pepita** que sempre me acompanharam nesta jornada, sempre me dando carinho e respeitando o meu silêncio.
- À professora **Márcia Cerveira Abuana Osório** que é uma verdadeira educadora! pela sua sensibilidade e dedicação e pela oportunidade que me deu em conviver com o portador de transtorno mental, pelas conversas em sua sala e por ter me ajudado a compreender o processo morte e morrer em um momento tão fragilizado em minha vida.
- À professora **Raimunda Germano** que me incentivou a procurar uma base de pesquisa no início do curso de graduação, sempre com palavras de estímulo e, apesar das atividades docentes, sempre se dispunha a conversar com seus alunos, conhecendo cada um e incentivando-os de acordo com suas potencialidades.
- A todos os professores do departamento de enfermagem que acompanharam minha formação, em especial, **Hillaryna Monteiro, Cícera Braz** e **Maria José Fragoso**.
- A todos os professores da Pós-Graduação pelo esforço e incentivo, principalmente, **Rosineide, Rosalba, Arnoldo** e **Rejane Menezes**.
- Às minhas colegas de mestrado, que compartilharam comigo a dor e a delícia de novos paradigmas para a nossa vida, principalmente **Betânia, Eteniger** e **Suzane**.

- O meu carinho especial à amiga de discussões, desabafos, choros e alegrias **Libne Lidianne** , pessoa fundamental durante toda a etapa do estudo.
- À minha amiga **Lau** (Lauriana de Medeiros Costa) que desde PIBIC construímos laços de amizade e que compartilhamos viagens, discussões científicas e de vida. Por estar sempre me incentivando na carreira docente e pela paciência em me escutar sempre.
- À Escola de Enfermagem de Natal, em especial, a **Idanésia** e a **Juliana Jales** que souberam compreender meu momento e sempre torcendo pelo meu sucesso.
- À minha gerente de enfermagem **Conceição Vasconcelos** por sempre estar disponível para os meus pedidos de trocas e folgas, e, principalmente, por sempre torcer por mim.
- Às professoras **Raimunda Germano** e **Martha Traverso-Yopez** pela participação na minha banca de qualificação e pelas contribuições valiosas no aprimoramento deste estudo.
- À professora **Ana Tânia Lopes Sampaio** que me apresentou uma nova forma de ensinar através da luminescência e humanescência, na qual, a cada dia, me apaixono cada vez mais.
- Ao GEA pela compreensão das minhas faltas ao grupo e, em especial, às minhas amigas: **Armeli Brennand** e **Ângela Dié** pelas valorosas contribuições na revisão do texto na qualificação.
- Aos colegas **Jailson Júnior** e **Sandra Michelle** pelas discussões científicas e o empréstimo de material.
- Ao **CNPQ** pela bolsa concedida e financiamento desta pesquisa.
- À Coordenação Estadual de Saúde Mental, **Liege Uchoa**, **Angélica** e **André** pela dedicação à saúde mental no Estado e por sempre me receberem tão bem.
- Às **enfermeiras** de Felipe Camarão Mista, Cidade Nova e Cidade da Esperança pela participação na pesquisa.
- À bibliotecária **Juliana Buse** pela correção da ABNT e por sempre atender tão bem aos professores.
- À professora **Magda Neri** pela correção do português e importantes contribuições.
- Aos funcionários: **Zefinha**, **Célia**, **Gracinha**, **Sebastian** (Sebastião) que sempre estiveram presentes na minha formação.

*Comece fazendo o que é necessário, depois o
que é possível, e de repente você estará
fazendo o impossível.*

São Francisco de Assis

RIBEIRO, Laiane Medeiros. **Saúde Mental e enfermagem:** em busca da integralidade na ESF. 2007. 116f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

RESUMO

O presente trabalho trata de uma investigação em torno das concepções e das práticas dos enfermeiros no acompanhamento ao doente mental na Estratégia de Saúde da Família, sob o enfoque da integralidade em saúde. A justificativa do estudo dá-se por trazer uma contribuição para a atenção desse usuário na rede básica de saúde mediante a desconstrução gradativa do tradicional modelo manicomial, trazendo o portador de transtorno mental para a comunidade. Nesse diapasão, o profissional de enfermagem deve estar preparado para acolher esse usuário na rede básica de saúde e contribuir para a sua inserção no meio social como cidadão. Nesse contexto, considerando a integralidade da atenção à saúde mental, é importante destacar que a assistência ao usuário deve buscar sua reinserção na comunidade por meio de programas que facilitem a sua sociabilidade. O estudo de cunho analítico, com abordagem qualitativa, utilizando a história oral temática, teve, como colaboradoras, dez enfermeiras das Unidades de Saúde da Família de Cidade Nova, Felipe Camarão Mista e da Unidade de saúde da Cidade da Esperança. As informações foram obtidas através de um instrumento de pesquisa que possibilitou a realização das entrevistas, as quais foram agendadas, previamente, e contou com o consentimento dos participantes. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas e analisadas de acordo com a literatura pertinente ao assunto. Realizou-se, nesse momento, a agregação das informações, definindo-se três eixos temáticos norteadores, e, destes, categorias de análise. De acordo com as falas, pôde-se constatar que a prática voltada para o paciente com transtorno mental na rede básica é a transcrição de receitas de psicotrópicos não havendo um acompanhamento por parte dos profissionais, especificamente, enfermeiros, aos usuários e seus familiares. A falta de capacitação e de uma equipe multiprofissional emergiu como um dos desafios para a implementação de práticas voltadas para os usuários com transtorno mental. Portanto, os resultados desta pesquisa mostram a necessidade de transformações no cenário atual da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Essas mudanças podem ser alcançadas mediante políticas de investimento na atenção à saúde mental, não só financeira mas de recursos humanos, permitindo, assim, que a integralidade seja exercida na prática dos profissionais.

Palavras- Chave: Saúde mental. Enfermagem em saúde comunitária. Programa Saúde da Família.

Mental health and nursery: research of the integrality in the Family's Health Strategy. 2007. Master dissertation – Program of Post Graduation in Nursery, Rio Grande do Norte's Federal University, Natal, 2007.

ABSTRACT

The present work shows an inquiry about the conceptions and practical work of the nursing professionals on the accompaniment of mental sick patients in the Family's Health Strategy, under the approach of the completeness in health. The justification of this research is given by bringing an special attention concerning the subject to these professionals of health: the gradual abandonment of the traditional manicomial model leads to the insertion of mental patients in the community . The nursing professionals must be prepared to receive these patients in the basic net of health and contribute to help their adaptation and insertion in the social environment as citizen. In this context, considering the entire attention to the mental health, it is important to detach that the assistance to the patient must search his reinsertion in the community by providing programs that develops his sociability. This analytical study was developed using a qualitative approach and a thematic verbal history. Ten nurses of Nova Natal's Health of the Family Unit, of Felipe Camarão Mista's Unit and of Cidade da Esperança's Health Unit contributed for its development . The information was acquired through an instrument research that made possible the accomplishment of the interviews. These ones were set previously and counted on the assent of the participants. The interviews were recorded and analyzed in accordance with the pertinent literature concerning the subject. The aggregation of the information was then discussed. At this moment three thematic axles were defined dividing the categories of analysis. According to the results of the interviews, the practical procedure given to the patients with mental upheaval is resumed by the prescription of psicotropic medicaments. It doesn't provide an accompaniment by the professionals of health, specifically, nurses, to the patients and their families. The lack of qualification and a multi-professional team emerged as one of the challenges for the implementation of practical procedures towards the patients with mental upheaval. Therefore, the results of this research show the necessity of transformations in the current scene of the mental health in the Family's Health Strategy. These changes can be reached by politics investments on the mental health area, not only financially but by providing human resources that should allow the professionals to exert the completeness procedures.

Key words: Mental Health. Community Health Nursing. Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CD- Crescimento e Desenvolvimento

CERSAMS- Centros de Referência em Saúde Mental

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNSM- Conferência Nacional de Saúde mental

ESF- Estratégia Saúde da Família

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MS- Ministério da Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

PSF- Programa Saúde da Família

RN- Rio Grande do Norte

SAMU- Serviço Ambulatorial móvel de Urgência

SUS- Sistema único de Saúde

TM- Transtorno mental

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE SIGLAS	
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	21
3 DIÁLOGO TEÓRICO.....	23
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LOUCURA E SUAS ÉPOCAS.....	23
3.2 REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	29
3.3 A SAÚDE MENTAL NO SUS: O DESCORTINAR DE NOVAS PRÁTICAS....	35
3.4 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	40
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS: O CAMINHO DAS FLORES	46
4.1 O TIPO DO ESTUDO.....	46
4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO: NO JARDIM DAS FLORES.....	47
4.3 COLABORADORES DA PESQUISA.....	47
4.4 A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	48
4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	49
5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS:COLHENDO AS FLORES	52
DO NOSSO JARDIM.....	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERENCIAS.....	95
APÊNDICES.....	108
ANEXOS.....	114

1 INTRODUÇÃO

A trajetória do sistema de saúde no Brasil tem como marco de mudança a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurado pela Carta Constitucional de 1988, consolidando a Reforma Sanitária e de Saúde, frente a um modelo biomédico centrado no indivíduo atendido de forma compartimentalizada. Nesse modelo, o foco da assistência está voltado para a doença propriamente dita e não garante uma visão integral, holística do indivíduo. Segundo Vasconcelos et al. (1987), o movimento da Reforma Sanitária mobilizou a sociedade para propor novas políticas e novos modelos de organização dos serviços e das práticas de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de transformar o modelo de atenção no Brasil partindo de um ponto original de saúde como direito de cidadania, buscando a organização de serviços com resolutividade, de forma integral e mais humanizada. Nessa perspectiva, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira do poder público estadual e federal. Essa responsabilidade não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997a).

O sistema de saúde brasileiro pretende se consolidar como garantidor de cidadania. Assim, como direito de todos, visa garantir a promoção da saúde, através de um atendimento acessível à população de forma constante, integral e com qualidade (SOUZA; CARVALHO, 2003). O processo de consolidação do SUS tem originado estratégias de intervenções, destacando-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹. A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, e após dez anos da sua implantação, em 2004, contabilizavam-se mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas por quase 19.200 equipes, na maior parte dos municípios brasileiros (BRASIL, 2004b). Essa estratégia é estruturada em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, os Municípios e Instituições de Ensino Superior. Seu desenvolvimento se dá através de Unidades de Saúde da Família, com uma equipe composta por, no mínimo,

¹ Será utilizado o termo ESF por entender que é a orientação atual do Ministério da Saúde e como forma de reorganização do modelo em saúde.

um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, embora outros profissionais possam ser incorporados, como é o caso do odontólogo (ARAÚJO, 2003).

A importância da ESF está na sua proposta de substituição do antigo modelo biomédico, hospitalar, fragmentado e curativista, por um modelo pautado numa visão ampla de saúde, com enfoque familiar, buscando a integração com a comunidade. Tal modelo, segundo Mercadante (2002), contempla ações preventivas, terapêuticas e de promoção da saúde, não estando subordinado ao âmbito hospitalar como foco central dos serviços públicos de saúde.

Essa estratégia defende a interação das equipes que o integram (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde), assim como, a divisão do trabalho de acordo com a função de cada profissional, mas estando todos co-responsáveis pela qualidade e compromisso com a assistência prestada aos usuários do serviço. Cada equipe deve conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento e do perfil epidemiológico da área adstrita, para que possa buscar subsídios ao enfrentamento da problemática local, tornando-se profissionais envolvidos e sensibilizados com a comunidade onde atuam.

A estratégia oferece áreas de assistência à criança, à saúde da mulher, aos hipertensos e aos diabéticos, planejamento familiar e imunização, com o intuito de cobrir as demandas dos usuários. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, em 1998, o percentual da população coberto pela Estratégia Saúde da Família era de 4,7%. Nos dados referentes a 2004, o número subiu para 46,1%, corroborando os dados fornecidos pelo MS. Houve, também, um aumento no número de equipes, que passou de 11, em 1998, para 101, em 2004.

A construção de um novo modelo assistencial centrado na implantação e na generalização da Estratégia Saúde da Família, articulada com os princípios de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde, é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS. As conquistas atuais do SUS são frutos de um amplo movimento social denominado de Reforma Sanitária Brasileira que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Simultaneamente a esse movimento, por suas múltiplas interfaces, ocorreu, também, o movimento denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é

contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, nos anos 70, na luta pela mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, de defesa da saúde coletiva e na equidade na oferta de serviços (BRASIL, 2005b).

Segundo Amarante (2003), como desdobramento da VIII Conferência, ocorreram eventos importantíssimos, tais como; a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, no Rio de Janeiro, na ocasião foi aprovada a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição por leitos em hospitais gerais e serviços alternativos à internação psiquiátrica. Nesse período, foi apresentado o Projeto de Lei n° 3.657, de autoria Federal do Deputado Paulo Delgado, prescrevendo a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos. Entretanto, somente em 2001 é sancionada a lei que fica conhecida como Lei Paulo Delgado, cujo texto original sofreu alterações decorrentes dos substitutivos apresentados.

A Lei Federal n° 10.216 traz modificações importantes no texto normativo e redireciona a assistência em saúde mental, “privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005b, p. 8).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1997, considerada um marco na psiquiatria brasileira, aprovou a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental substituindo os hospitais psiquiátricos e trazendo à luz a cidadania dos usuários. Segundo Amarante (2003), o Ministério da Saúde adota a Portaria n° 198/91, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais substitutivas.

Segundo o documento oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), a política de saúde mental no Brasil tem como uma de suas principais características a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando a redução contínua de leitos em hospitais psiquiátricos, garantindo a assistência aos usuários através de mecanismos de inclusão, com vistas à sua reinserção no convívio social

No Estado do Rio Grande do Norte, ocorreu uma redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos da rede básica do Sistema Único de Saúde. Segundo dados oficiais do MS (BRASIL, 2001), no ano de 1996 o Estado do Rio Grande do Norte somava 1053 leitos psiquiátricos. Esse número vem decrescendo, chegando, em 1999, a 943 leitos e, em 2005, esse número corresponde a 819 leitos. Assim como o modelo oficial de saúde, o SUS veio

instituir valores que buscam romper com o modelo biologicista, a Reforma Psiquiátrica constituiu-se em uma severa crítica ao paradigma psiquiátrico clássico, na qual a única fonte do cuidado era a medicalização do usuário, sendo ponto fundamental na evolução das políticas de saúde mental no Brasil.

Nesse sentido, o que se constata no contexto do SUS atual com a ESF é que, embora tenha havido, inegavelmente, uma ampliação da cobertura à universalização como princípio do SUS em sua viabilidade concreta, outro princípio emerge como maior desafio a ser superado: a integralidade da assistência.

Segundo Campos (2003), o conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS, princípio esse encartado na Constituição de 1988, cuja observância pode contribuir sobremaneira para garantir a qualidade da atenção à saúde. Afirma, ainda que, por esse princípio, é obrigatória a oferta, de forma articulada, de ações de promoção à saúde, de prevenção dos fatores de risco, de assistência aos danos e de reabilitação. Para fins desse estudo, a integralidade será analisada na perspectiva defendida conceitualmente por Mattos (2001) e Pinheiro (2001), sem a exclusão da leitura de outros autores, também de igual relevância à discussão desse princípio como eixo norteador e alicerce do SUS. Estes, serão aprofundados no diálogo teórico.

No âmbito da proposta de atenção integral à saúde mental, a sua consecução na realidade local sinaliza que a atenção básica não acolhe e não oferece resolutividade ao acompanhamento do doente mental, nem desenvolve programas e ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos transtornos mentais, e, ao invés disso, constata-se que, cada vez mais, aumenta o número de dependentes de psicofármacos, bem como, os níveis de atenção de média e alta complexidade também não têm se mostrado eficientes quanto ao acesso e à resolutividade para os doentes mentais e suas famílias. A reversão desse quadro constitui-se no grande desafio do gestor da política pública de saúde.

O interesse pela temática surgiu, inicialmente, como aluna de graduação em Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, após cursar a disciplina Saúde do Adulto I no módulo de Saúde Mental, instigando-me ao aprofundamento do estudo acerca da loucura e suas interfaces. Posteriormente, me levou a trabalhar como voluntária em uma instituição psiquiátrica durante um mês, no período de 15 de fevereiro a 21 de março de

2003, além da participação de um projeto de extensão desenvolvido na mesma instituição, no período de maio a setembro do mesmo ano.

Nessa experiência de convivência intensiva, observei a assistência burocratizada como característica dos profissionais enfermeiros. Assim, no último ano de integralização do curso, precisamente, durante o estágio supervisionado na rede básica, observei a falta de atendimento aos usuários com transtorno mental. Tais fatos me chamaram a atenção, uma vez que os próprios usuários procuravam a unidade de saúde em busca de atendimento, mas eram, muitas vezes, tratados com desrespeito, tanto por grande parte da comunidade, quanto por alguns trabalhadores do serviço de saúde, incluindo a enfermagem. Vale ressaltar que esses profissionais também demonstravam impotência quanto à assistência que prestavam aos usuários com transtorno mental.

Mediante essas considerações preliminares, é pertinente tecer o seguinte questionamento: Quais as concepções e as práticas dos profissionais de enfermagem, na unidade de saúde, em relação ao usuário com transtorno mental? A partir dessa pergunta norteadora, os seguintes questionamentos foram formulados:

De acordo com os princípios do sistema de saúde do nosso país, que preconizam o acesso às ações e aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.

1) Quais as dificuldades para implantação de uma política adequada de saúde mental dentro da ESF, uma vez que as diretrizes já estão fixadas pelo MS?

2) Há o acompanhamento dos usuários com transtorno mental pela equipe de enfermagem?

3) A enfermagem atende ao usuário sob o enfoque da integralidade em saúde?

4) Os profissionais de enfermagem participam de cursos de treinamento e/ou capacitação relacionado a esses clientes?

5) De que forma a enfermagem contribui na reinserção do usuário com transtorno mental na comunidade?

O presente trabalho traz uma investigação em torno das concepções e das práticas dos enfermeiros no acompanhamento ao portador de transtornos mentais na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da integralidade em saúde, visto que tais profissionais são protagonistas no cuidado direto ao usuário e têm uma formação generalista com ênfase na humanização do cuidado em saúde.

Esse estudo justifica-se por trazer uma reflexão sobre as concepções e as práticas dos trabalhadores de enfermagem em relação ao doente mental na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que contribui para a atenção do mesmo na rede básica de saúde mediante a desconstrução gradativa do tradicional modelo manicomial, trazendo o portador de doença mental para a comunidade, através dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas. Nesse diapasão, o profissional de enfermagem deve estar preparado para acolher esse usuário na rede básica de saúde e contribuir na sua inserção no meio social como cidadão. O referido estudo proporá questionamentos relativos a uma área ainda pouco estudada pela enfermagem no Estado do RN. Construimos o seguinte formato para a apresentação do nosso estudo:

Na parte referente à introdução, apresentamos os motivos que nos levaram a abordar o caminho escolhido, e procuramos enquadrar em um âmbito geral as políticas de saúde, traçadas até hoje no que se refere à doença mental. Incluímos, ainda, a justificativa e a relevância do estudo para os profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família.

No Capítulo III, o diálogo teórico com os autores, na qual, estrutura-se da seguinte forma:

No item 3.1 *Considerações sobre a loucura e suas épocas*, discorre sobre a perspectiva histórica da loucura desde antigüidade, passando pela da Idade Clássica até o início da hospitalização, uma vez que, para a compreensão do nosso presente, é necessário ter conhecimento dos fatos precedentes.

No item 3.2, intitulado *Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil*, abordamos a questão do movimento sanitaria e psiquiátrico como propulsores de novas políticas de saúde em relação à saúde mental e à saúde em geral.

No item 3.3, chamado de *A saúde mental no SUS*: o descortinar de novas práticas, traz reflexões sobre o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família no Brasil e no Rio Grande do Norte na interface das políticas públicas voltadas à assistência ao portador com transtorno mental.

No item 3.4, denominado *Integralidade na atenção à Saúde mental*, aborda a questão da saúde mental sob enfoque da integralidade em saúde, perpassando sobre as concepções e as práticas dos profissionais enfermeiros sobre a integralidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No capítulo IV, os *aspectos metodológicos* do estudo e todos os passos para a realização do mesmo.

No capítulo V, a *discussão dos resultados e análise das falas* das colaboradoras do estudo. E, por fim, no capítulo VI as *considerações* do trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as concepções e as práticas do enfermeiro (a) acerca da atenção ao portador de transtorno mental, na Estratégia de Saúde da Família, com enfoque na integralidade em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever ações e/ou atividades voltadas para o cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica de saúde, bem como as concepções sobre a integralidade, a partir da fala das enfermeiras atuantes na ESF.
- Identificar os limites e possibilidades para a organização da rede de cuidados de saúde mental tendo em vista o processo de trabalho da enfermagem, o princípio da integralidade do SUS, a partir do processo de trabalho das equipes de saúde da família, bem como da gestão local.

3 DIÁLOGO TEÓRICO

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LOUCURA E SUAS ÉPOCAS

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano (FOULCAULT, 2004, p. 14).

No curso da história, diversos autores tentaram conceituar a loucura e explicar suas causas. A importância de estudar o passado reside na possibilidade de, a partir dele, compreendermos nossa contemporaneidade. Nesse desiderato, percebe-se que a trajetória científica construída na busca de explicar a loucura é marcada por paradigmas que interferem diretamente no modelo de tratamento e de como a sociedade compreende e lança mão das medidas de controle e resolutividade.

A loucura sempre esteve presente na sociedade, seja como doença propriamente dita ou como estigma, sendo que o louco é aquele que deve se manter longe do convívio social para manter a harmonia dos indivíduos “normais”. Conceituar a loucura é algo complexo e impreciso, uma vez que o conceito de loucura recebeu várias conotações diferentes durante a sua construção histórica, de acordo com a cultura, com o momento social vivido em cada época. Segundo Silveira e Braga (2005), a história mostra que loucura, alienação, doença mental, transtorno mental e sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história e nem no espaço temporal.

Lima Barreto, na sua obra “O cemitério dos Vivos”, relata o convívio com outros loucos em uma instituição psiquiátrica. Descreve que, apesar das inúmeras tentativas de explicar a origem da loucura, nada se tem de concreto, de verdadeiro, pois “todas essas explicações da origem da loucura me parecem pueris”. E mais adiante, questiona a confiabilidade científica sobre essa temática: “[...] e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode” (BARRETO, 2004, p. 44).

Na antiguidade, a loucura estava relacionada à vontade dos deuses, não sendo vista como doença, mas como uma manifestação de poder das divindades. Segundo Pessotti

(1994), a loucura seria um recurso dos deuses para que seus propósitos ou caprichos não fossem contestados pela vontade dos homens. Aqui, a divindade age roubando dos homens a razão, para que não tenham a pretensão de igualar-se ou aproximar-se dos deuses. Nos poemas de Homero, há uma caracterização mitológica e teológica da loucura. Pessotti (1994, p. 21) relata que os heróis homéricos não enlouquecem, eles “são tornados loucos, por decisões da divindade, embora as manifestações e as conseqüências da loucura se passem no plano das realidades física e social”.

Nos textos trágicos das obras de Ésquilo e Sófocles, a loucura é resultante de conflitos internos, entre paixões e não mais como uma interferência direta dos deuses. Diferentemente da poesia de Homero, nas obras de Eurípedes, o homem tem a sua individualidade, a partir de sua batalha interior entre o amor e o ódio, a razão e o instinto. A origem da loucura consiste justamente nesse conflito interior do homem, entre os seus desejos recônditos e a norma ética e social (PESSOTI,1994).

Segundo Paiva (2003), na Idade Média o louco era visto como pobre de espírito, ou seja, uma pessoa que necessita de caridade. Esses sentimentos são influenciados pelo domínio da igreja católica que constrói, paulatinamente, o imaginário social da loucura. Os loucos, nesse período, apesar do sentimento de pena e caridade nas crises, eram também vistos como prenúncio do mal. Pessotti (1999) afirma que, nesse período, a classificação da loucura se reduz a diferentes modos de atuação do demônio sobre a vida afetiva e o conhecimento.

Resende (2000), citado por Paiva (2003), relata que, com o fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais, a loucura passou a ser um problema social. Novas formas de divisão do trabalho surgidas na Europa ao final do século XV desenvolveram um sentimento de luta pela sobrevivência e pelo lucro. É necessário retirar do âmbito social todos aqueles que fugissem da nova ordem de produção. Paiva (2003, p.31) afirma que:

A mendicância, a ociosidade e a própria loucura começam a sofrer repressões. É nesse contexto que a loucura é silenciada. Quando ela começa a assombrar a imaginação do homem e gerar incômodo no seio da sociedade, várias são as tentativas de reprimi-la. Esta fica sendo a principal preocupação: tirá-la defronte dos olhos assustados das pessoas ditas normais, afastá-la dos ouvidos perturbados pelos absurdos proferidos pelos insanos, ocultar, excluir, manter longe o discurso da “desrazão”.

O internamento em toda a Europa é uma resposta ao desemprego, a diminuição dos salários, a escassez de moeda do século XVII. Nesse sentido a era clássica para Foucault(2004,p.70) utiliza

[...] o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos.

Segundo o mesmo autor, o trabalho torna-se obrigatório nos casos de internamento, para combater a ociosidade e, apesar de estarem ao lado dos “pobres, dos bons ou maus, serão distinguidos através da sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva. [...] A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética de ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho [...] (FOUCAULT, 2004, p. 73).

Corroborando esse autor, Prandoni e Padilha (2004) afirmam que no século XVIII, dado o elevado número de mendigos, vagabundos, ladrões e prostitutas, começa-se a inserir nos asilos essa miscelânea de seres humanos que incomodavam a sociedade da época, como fórmula de controle social e da criação dos espaços de confinamento para essas multiplicidades humanas.

Segundo Sucar (1993, p. 23), no Rio Grande do Norte não havia qualquer tipo de assistência aos doentes mentais indigentes. Estes eram abandonados à própria sorte, ficando expostos às brincadeiras, zombarias e até mesmo à violência de alguns, “ou se fossem tidos como perigosos, internados por ordem de um juiz ou outra autoridade, em alguma cadeia pública, onde eram tratados da mesma maneira que os criminosos, ladrões e outros marginais”. Para o isolamento do louco, muitas eram as necessidades terapêuticas que o justificavam, tais como a segurança da própria pessoa e da família e o imperativo de liberá-los da influência externa (PAIVA, 2003).

Em 1801, é publicado o Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental, ou *Traité de Pinel*, que inaugura a psiquiatria como especialidade médica. Nessa obra, a loucura é entendida como comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade e é manifestada no comportamento do paciente, nos sintomas, sob variadas formas (PESSOTI, 1994). Paiva (2003, p. 36) corrobora Pessoti dizendo que “Philippe Pinel foi um construtor

teórico e prático que instituiu um estatuto patológico para a loucura. Podemos considerar que Pinel inaugura o nascimento da clínica psiquiátrica”. Machado et al. (1978, p. 379) colocam que o “hospício é a grande evidência terapêutica da psiquiátrica nascente”. Em relação ao tratamento do louco, o autor, assim se expressa:

A ofensiva médica em relação ao louco configura-se basicamente na proposta de criação de uma instituição capaz de medicalizá-lo e possibilita que a questão da loucura se insira naturalmente nos objetivos de uma medicina do espaço social. Por um lado, a proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior visto que ele representa um foco de perigo; por outro, quando analisa as instituições, a medicina constitui o espaço próprio do louco, capaz não só de dominá-lo - destruir os seus efeitos, subjugar sua ameaça - mas de atingir sua loucura e integrá-lo à vida urbana por um processo de recuperação. (MACHADO et al., 1978, p. 380).

Segundo Machado et al. (1978), no Brasil, a loucura passou a ser objeto de intervenção específica pelo Estado a partir da chegada da Família Real. Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico dos loucos na cidade. A partir dessa análise, os loucos passam a ser considerados como doentes mentais, merecedores de um espaço próprio para o seu tratamento (AMARANTE, 1994).

Em 1841, o Imperador Dom Pedro II determinou a criação de um hospício no Rio de Janeiro, para o tratamento dos doentes mentais, que viria a ser inaugurado em 1852, marcando o nascimento da psiquiatria Brasileira (PAIVA, 2003). Inicia-se, nesse momento, a política oficial de tutela e segregação do doente mental (MARSIGLIA, 1987).

Paiva (2003) relata que, no período da República, foram inaugurados vários hospícios pelo país, destinados a tratar dos “doidos”. No Nordeste, foram instalados em Recife, o Hospício da visitação de Santa Isabel, em 1864; Salvador, o Asilo de João de Deus, em 1874; em Fortaleza, o Asilo São Vicente de Paula, em 1886; em Maceió, o Asilo Santa Leopoldina, em 1891; e na Paraíba, o Asilo do Hospital Santa Ana, em 1892.

Seguindo a mesma tendência percorrida pela assistência psiquiátrica no Nordeste, foi inaugurado em Natal, em 1882, o Lazareto da Piedade, o qual abrigava toda espécie de indigente. Em 1911, o Lazareto é transformado em Asilo da Piedade para receber os “insanos”. A imagem que se tinha do asilo era uma “prisão de doidos” (SUCAR, 1993, p. 25).

O louco era visto como perigoso. E as reformas feitas no asilo restringiam ao aumento do número de grades, e os tratamentos resumiam-se a confinamentos em celas, camisas de força e outros tipos físicos de contenção (PAIVA, 2003). A internação era sinônimo de isolamento, reclusão, e não de abrigo e proteção, conforme as palavras de Sucar (1993, p. 27):

A política pública de assistência aos “loucos” promovida pelo Estado, se restringia exclusivamente ao internamento com características mais de reclusão, isolamento e confinamento, do que de abrigo, proteção e tratamento, tornando claro o interesse do Estado de apenas fazer desaparecer do cenário urbano e controlar, pessoas cujas “experiências” de vida em função da “loucura”, se colocavam para além de qualquer regulamentação de poder em relação as suas “vivências” e aos seus modos de agir.

É importante ressaltar que, nesse período, no Rio Grande do Norte há um aumento gradativo do número de internos e de óbitos. No início de 1911, foram admitidos doze homens e dez mulheres e no final do ano, cinco saíram, sendo que quatro foi por alta e uma por morte. No ano de 1913, foram realizados quarenta e seis internamentos, trinta e seis saídas e treze óbitos (SUCAR, 1993).

Segundo Amarante (1995a), a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e perigo, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por essa categoria profissional. Segundo Amarante (1994), nos anos 1930, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, de eletroconvulsoterapia e das lobotomias.

Na década de 1960, é criado no Brasil o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Com isso, a doença mental torna-se um objeto de lucro, de mercadoria, conseqüentemente, aumenta o número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos (AMARANTE, 1994).

Ramminger (2006), discorrendo sobre essa década, refere que “a principal característica desse período foi a chamada “privatização da saúde”, com o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos centrados na lógica do lucro, financiados pela previdência social [...]. Em 1961, as instituições privadas eram responsáveis por 60% das internações psiquiátricas e, em 1991, após anos de sucateamento dos hospitais

públicos, passou a responder por 83% dos leitos psiquiátricos no Brasil (RAMMINGER,2006).

A psiquiatria se torna mais poderosa e o asilamento mais freqüente. Conforme Amarante (1994), o avanço farmacológico dá origem ao uso rotineiro de medicamentos que nem sempre é a conduta mais adequada. Muitas vezes, são utilizados, apenas, em decorrência da pressão da propaganda industrial, por ignorância quanto aos seus efeitos e limitações, quando não como mecanismo de repressão, ou ainda, com o fito de tornar a internação mais amena e os enfermos mais dóceis.

Segundo Moffatt (1984, p. 15), os hospícios produzem amputações no paciente que vão desde a não usar a sua própria vestimenta como a amputação da sua dignidade pessoal, pois “qualquer mensagem emitida é reinterpretada pelo pessoal do hospital como “coisa de louco”, o que deteriora o sentimento de autonomia e auto-respeito do paciente”.

Guimarães;Medeiros et AL (2001, p. 576) relatam que os manicômios cortam o vínculo do doente mental com o mundo convencional. “A maior amputação se constata na desqualificação, coisificação e conseqüente retorno ao ambiente manicomial”. Goffman (2003, p. 31) conceitua o manicômio como sendo uma instituição total, onde o seu “fechamento” é caracterizado pela falta de comunicação dos internos com o mundo externo. Sobre a internação refere que:

Nas instituições totais há outra forma de mortificação: a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu- por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens-fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas.

O espaço asilar apaga do indivíduo suas vontades, seus desejos, seus sonhos, invés de curar, cronifica a doença, eximindo do individuo o direito de escolha por questões habituais da sua própria cotidianidade. Barreto (2004, p. 187), sobre a sua permanência no hospício, descreve seus sonhos, seus pensamentos íntimos:

Eu sofria honestamente por um sofrimento que ninguém podia adivinhar; eu tinha sido humilhado, e estava, a bem dizer, ainda sendo, eu andei sujo e imundo, mas eu

senti que interiormente eu resplandecia de bondade, de sonho de atingir a verdade, do amor pelos outros, de arrependimento dos meus erros e um desejo imenso de contribuir para que os outros fossem mais felizes do que eu, e procurava e sondava os mistérios da nossa natureza moral, uma vontade de descobrir nos nossos defeitos o seu núcleo primitivo de amor e de bondade.

O estigma e o preconceito vêm acompanhando o portador de doença mental ao longo da história, tirando-lhe o direito de ser cidadão, de exercer sua cidadania. O confinamento nos hospitais psiquiátricos traz resultados satisfatórios à sociedade que os enfrenta com medo e desdém, mas a eles próprios essa “terapêutica” acarreta isolamento, medo de se relacionar com o outro e restrição ao trabalho. Para combater esse isolamento e confinamento, surge uma proposta de reorientar o modelo hospitalocêntrico, buscando a implantação de práticas voltadas para a cidadania dos doentes mentais. Dá-se, então, início ao movimento de Reforma Psiquiátrica.

3.2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O período populista de 1930 a 1950, caracterizou-se pela introdução e incremento dos institutos de seguridade social e de serviços médicos com práticas clientelistas, apoiadas pelos sindicatos que eram, assim como os institutos, controlados pelo Estado (RAMMINGER, 2006).

O período entre 1950 e 1960, acerca da tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento, integrado à ordem capitalista, gerando uma crise no regime nacionalista e populista. Na saúde, ressoava uma dicotomia entre o modelo curativista dos serviços previdenciários de atenção médica e o modelo campanhista na saúde pública. Houve uma tentativa, por parte das elites que estavam à frente do movimento social dos anos 60 de reivindicar reformas, na tentativa de combater esta dualidade, entretanto, a política das forças conservadoras responsáveis pelo golpe militar de 64 abafaram a iniciativa de rever o paradigma vigente (RAMMINGER, 2006).

Segundo Cohn (1999, p. 21), nesse período, houve uma privatização da saúde, onde os serviços médicos,

[...] passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões, que contemplam todo um segmento de assalariados que, do ponto de vista da capacidade produtiva, foi sucateado pelo próprio sistema, e é impotente do ponto de vista da defesa de seus direitos básicos.

Amarante (1994) e Resende (2000) afirmam que, nesse período, floresceu a contratação de leitos em hospitais privados. A doença mental torna-se um objeto de lucro, uma mercadoria.

Na segunda metade da década de 1970, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da Reforma Sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde (TENÓRIO, 2002).

Segundo Vasconcelos et al. (1987), a Reforma Sanitária é compreendida como um movimento de construção de uma nova política de saúde que visa desenvolver um maior compromisso do setor saúde com a melhoria das condições de vida da população.

Além disso, questionam-se o abandono, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país (encarceramento, contenção física, uso de camisa-de-força, etc.). Sobre a questão da violência asilar,

[...] a reforma psiquiátrica brasileira é inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, no final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005b, p. 6).

Em 1974, a crise é deflagrada a partir da denúncia de três médicos bolsistas sobre irregularidades na unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente nos hospitais, onde trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências. (AMARANTE, 1995a). Considera-se o episódio como “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que

fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. Segundo Amarante (1995a, p. 52), o MTSM tem como objetivo “constitui um espaço de luta não institucional, em como lócus do debate e do encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica [...]”.

Paulin e Turato (2004) concordam com Amarante, afirmando que o Movimento dos Trabalhadores em saúde mental foi o embrião de todo o processo de reflexões teóricas e práticas no campo da assistência psiquiátrica.

O movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica surgiu no Brasil na década de 1970 estendendo-se até a década seguinte. O movimento propunha um novo modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do doente mental, partindo da desconstrução do aparato manicomial para permitir o resgate de sua cidadania e sua reinserção social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Em março de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual foi responsável pela definição das bases do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Segundo Paiva (2003), essa conferência reformulou a concepção de saúde. Procurou romper, então, com o modelo assistencial vigente para a construção de uma proposta de atenção à saúde, considerando as condições materiais de vida da população. Além do conceito ampliado de saúde, o relatório da 8ª CNS introduziu a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios, apontando para a construção de um Sistema Único de Saúde e incentivando a participação popular através de entidades representativas.

De acordo com Mercadante (2002), a Conferência defendeu o reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade, a integralidade da atenção, a descentralização, e a participação popular. Sobre as deliberações da conferência, Rosa (2003) postula a reversão do modelo hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrico em direção aos serviços extra-hospitalares, embasados em trabalhos com equipes multiprofissionais.

Conforme Costa-Rosa, Luizo e Yasui (2001, p. 13), o texto do relatório da 8ª CNS demonstra uma estreita vinculação entre o movimento sanitário e o movimento da Reforma Psiquiátrica:

Ambos tratam a saúde como uma questão revolucionária, no eixo da luta pela transformação da sociedade. Aponta, especificamente, aos trabalhadores de saúde mental, a necessária revisão de seu papel de agentes de exclusão e de dominação, para reorientá-lo na direção de uma identidade com os interesses da classe trabalhadora.

Com o desdobramento da VIII CNS, houve eventos muito importantes, além da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que propunha a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais (PAIVA, 2003). Outro evento marcante foi o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, originando o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que reivindicava “uma sociedade sem manicômios”.

Segundo Amarante (1995a), uma das sugestões da ICNSM foi a necessidade de participação popular, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível de decisão das políticas de saúde mental, e que o Estado reconhecesse os espaços criados pela comunidade em benefício da promoção da saúde mental. Nesse período, é importante ressaltar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, em 1987, dar-se início ao processo de intervenção na Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico (a Casa de Saúde Anchieta), local de maus-tratos e óbitos de pacientes em 1989. Nesse contexto, são instituídos os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) com leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise, atendendo às demandas em residências, locais de trabalho, além dos atendimentos ambulatoriais e emergenciais (PAIVA, 2003). A experiência do Município de Santos passa a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível (DELGADO et al., 2007).

A partir de Santos, ainda no ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG), um dos líderes do movimento antimanicomial, apresentou o projeto de Lei nº 3.657, que despontava para a modernização da legislação e propunha a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos. Em janeiro de 1999, o referido projeto foi aprovado no Senado, devendo, para tornar-se lei, ser aprovado em nova votação da Câmara. Somente em abril de 2001 foi aprovado a partir de um substitutivo do senador Sebastião Rocha (PDT/AP), resultando na Lei nº 10.216 que referenda a substituição dos manicômios (MACHADO, 2005); (GUIMARÃES et al., 2001); (BRASIL, 2005).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS - Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o controle social, exercido pelos Conselhos Comunitários de Saúde. A partir de 1990, com a implantação progressiva do SUS, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é pontuado como política oficial do governo, incentivado pelo MS (DELGADO et al., 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005b), é na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no País as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços, mediante as experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dias. A Declaração de Caracas afirma que o hospital psiquiátrico isola o doente mental da sociedade, gerando uma incapacidade social, assim como põe em risco os direitos civis e humanos do indivíduo (BRASIL, 2004a, 2005b).

Em 1991, a Portaria nº 189 do Ministério da Saúde instituiu no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse ato está em que, até então, não havia, no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas). Em janeiro de 1992, a Portaria nº 224 do MS aprimorou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais de rede como um todo (TENÓRIO, 2002). Segundo Amarante (1995b), as Portarias nºs 189\91 a 224\92 do MS abriram a possibilidade para o SUS financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. Apesar da regulamentação dos novos serviços, as normatizações do MS não instituíam um caminho específico de financiamento para os CAPS e NAPS. Ao final desse período, aproximadamente 93% dos recursos ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos. Na tabela que segue, do MS, pode-se confirmar uma proporção majoritária de recursos gastos em hospitais psiquiátricos no ano de 1997, mas que vem diminuindo no decorrer do tempo, elevando os recursos em atendimentos extra-hospitalares em saúde mental.

<i>Composição de gastos</i>	<i>1997</i>	<i>2001</i>	2004
% Gastos hospitalares em saúde mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos extra-hospitalares em saúde mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte: BRASIL (2005a)

Em 2001, ocorre a aprovação da Lei Federal nº 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais. Tal lei, impõe novo impulso ao processo de Reforma Psiquiátrica no País (BRASIL, 2005b).

No mesmo ano, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental com o lema: “Cuidar sim, excluir não”, a qual apóia reformas no atendimento em saúde mental no Brasil, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de CAPS (PAIVA, 2003).

A III Conferência teve ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e seus familiares, que forneceu, na melhor tradição do SUS, os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil nos últimos anos (BRASIL, 2007). A Organização Mundial de Saúde declarou o ano de 2001 como o Ano internacional da Saúde mental, lançando o *Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo 2001: Saúde Mental-Nova Concepção, Nova Esperança*, no qual deixa claro:

A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis (BRASIL, 2007, p.16).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), o que se deseja na reforma psiquiátrica não é apenas a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “trancando-o” em casa, aos

cuidados de quem puder ajudá-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate da cidadania do doente mental, o respeito pela sua singularidade, tornando-o participante do seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a sua reintegração na família e na sociedade. A reforma não preconiza, apenas, a mudança de estruturas extra-hospitalares mas uma transformação nas relações entre usuário, equipe de saúde, família e sociedade.

3.3 A SAÚDE MENTAL NO SUS: O DESCORTINAR DE NOVAS PRÁTICAS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1988, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

Segundo Scóz e Fenili (2003), dentre os princípios que norteiam o SUS destacam-se: o atendimento gratuito a todos, sendo o indivíduo e a comunidade, na qual está inserido, assistidos de forma integral, garantindo-lhes o respeito e a dignidade humana. A execução das ações deve ser descentralizada, delegando a responsabilidade para os municípios, os estados e a união, de acordo com o alcance do problema. O Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p.13) descreve sobre os princípios que alicerçam o SUS:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidado do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

O MS brasileiro na tentativa de operacionalizar um modelo tecno-assistencial, pautado nos princípios do SUS propõe, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorganização dos serviços, com a finalidade de reorientar os cuidados em saúde para uma prática focalizada na família, entendida no seu contexto social. Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL, 1997b).

Oliveira e Colvero (2001) acrescentam que o trabalho com a família não deve ser unidirecional, mas uma proposta compartilhada, ou seja, a educação e a orientação têm de se constituir uma parceria entre quem está propondo e a própria família, para, juntos, construir programas de intervenção que promovam o bem-estar de todos os envolvidos. E o PSF, pela sua política de inserção familiar, favorece essa construção entre as equipes de saúde envolvidas e a comunidade.

A ESF elege como diretrizes operacionais o caráter substitutivo das suas ações: substituição das práticas convencionais por uma nova estrutura assistencial baseada nos princípios da vigilância à saúde; integralidade e hierarquização das ações: a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; a adesão da clientela e territorialização: a unidade de Saúde da Família trabalha com as equipes de saúde em um território de abrangência definido; e equipe multiprofissional (BRASIL, 1997b).

O caráter substitutivo das ações visa apresentar novas formas de cuidado da pessoa no seu processo de vida, através da reorientação do modelo assistencial. Mas como inserir cuidados voltados ao portador de transtorno mental na ESF? O SUS, desde a sua implementação vem criando alternativas para a inserção do portador de transtorno mental na comunidade. Scóz e Fenili (2003) ressaltam a existência operacional com os princípios do SUS possibilitando a convergência das ações de saúde mental no PSF, como:

- Territorialização e responsabilidade pela demanda.
- Desinstitucionalização das pessoas internadas e a construção de rede de cuidado capaz de atender a demanda.
- Modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais.
- O planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional.
- Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários.
- Atendimento às pessoas em situações de gravidade, através de ações efetivas que viabilizem o acesso.

Segundo a recomendação ministerial, uma rede de saúde mental alicerçada com base na construção coletiva de soluções pode garantir uma resolutividade às demandas e à

promoção da autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2007) Segundo Scóz e Fenili (2003), a inclusão das ações de saúde mental no PSF depende de políticas de saúde nacional, estadual e municipal que articuladas garantam formas de financiamento capazes de manter a integração das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social. Sobressaem-se alguns avanços na construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS, como os CAPS, as residências terapêuticas, os centros de convivência e cultura, as equipes matriciais de referência e o Programa de Volta para Casa.

No que diz respeito aos CAPS, os diplomas legais definem como:

Serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2007, p.63)

Os CAPS têm caráter substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, sendo um serviço estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental. Há vários tipos de Caps, dependendo do seu porte e clientela: **Caps I** - é um serviço aberto para o **atendimento de adultos** com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de significativa importância para municípios com população entre **20 mil e 70 mil habitantes**; **Caps II** - é um serviço para o **atendimento de adultos** com transtornos mentais severos para municípios com **mais de 70 mil habitantes**; **Caps III** - serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, destinado a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, importante para o tratamento em grandes cidades; **Caps i** - é voltado para o atendimento diário de **crianças e adolescentes**; Caps ad - serviço para usuários de **álcool e outras drogas**, para o atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias que causam dependência física e psíquica (BRASIL, 2005c).

Há uma expansão significativa de Caps ao longo de sua criação, e, segundo dados oficiais Ministério da saúde (Brasil, 2007) a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006. Destes serviços temos 439 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 77 CAPSi e 138 CAPSad. O Estado do Rio Grande do Norte também vem expandindo a sua rede de Caps. O

site oficial do governo do Estado publicou uma matéria, no dia 27 de março de 2007, intitulada: “RN é destaque em expansão e cobertura de CAPS”. A jornalista Michelli Pessoa traz dados importantes sobre o crescimento de Caps no nosso Estado tendo como fonte o relatório da Coordenação Nacional do MS “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção”, publicado em janeiro deste ano, no qual avaliou todos os estados que realizam trabalhos voltados ao tratamento dessa realidade. O RN elevou o número de CAPS existentes, aumentando a sua cobertura e ocupando a oitava colocação. Em 2002, eram seis; 2003, sete; 2004, aumentaram para nove; 2005, já contavam com doze; e 2006, vinte e uma unidades.

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Terapêuticos emergem nesse contexto como componentes decisivos para superação do modelo hospitalocêntrico. Assim, as residências terapêuticas são “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (DELGADO et al., 2007, p. 47).

Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. É um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas (BRASIL, 2007).

O Programa de Volta para Casa, criado pela Lei Federal nº 10.708, em 2003, possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar da pessoa e estimula o exercício dos direitos civis e da cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal (DELGADO et al., 2007); (BRASIL, 2007). Em 2003, no início do programa, o número de beneficiários chegava a 206. No ano de 2006, chegou a 2519 beneficiários (BRASIL, 2007).

Em alguns Municípios do País, como Belo Horizonte (MG) e Campinas (SP), vem se consolidando um equipamento inovador que tem se destacado pelo papel estratégico na inclusão de pessoas com transtorno mental: os Centros de Convivência e de Cultura. Delgado et al (2007, p. 69) define os centros de Convivência e Cultura como:

Dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais.

É importante ressaltar que os Centros de Convivência e Cultura não são campos assistenciais, tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São espaços públicos para a inclusão social e articulação, das pessoas com transtornos mentais, com a vida cotidiana e a cultura. Delgado et al. (2007) acrescenta que esses centros vêm funcionando como importantes berços de experiências de geração de renda.

Com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família na maior parte do País, a atenção básica viu-se obrigada a intervenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental egressos de longas internações psiquiátricas. Outro recurso importante está sendo as equipes matriciais de referência em saúde mental. O “matriciamento” consiste em ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizados por uma equipe de saúde mental, para equipes ou profissionais da atenção básica (BRASIL, 2007).

Uma equipe matricial é responsável pelo acompanhamento de seis até nove equipes da ESF ou da atenção básica em geral. O objetivo é aumentar a capacidade resolutiva de problemas pela equipe local, evitando o encaminhamento para outros serviços. Pelo vínculo criado com a família, as equipes de atenção básica devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2007).

O estudo de Silveira e Alves (2003) relata a importância dos CERSAMS (Centros de Referência em Saúde Mental) em Belo Horizonte, MG. Esses serviços funcionam doze horas por dia, de segunda a segunda, atendendo aos casos de urgência e fazendo acompanhamento intensivo das crises psiquiátricas não compatíveis com o atendimento nas unidades de saúde.

Os CERSAMS dispõem de equipe interprofissional composta por assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e pessoal de apoio administrativo. A equipe combina atividades como psicoterapia, medicação, oficinas, assembleias com os usuários, passeios, visitas domiciliares e orientação aos familiares.

Delgado (2002), citado por Alves e Guljor (2004, p. 232), sobre a saúde mental na atenção básica afirma que:

Em avaliação realizada pela Coordenação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, na percepção das equipes do PSF, 47% declaram realizar ações de saúde mental, o que demonstra que a demanda em saúde mental inevitavelmente está presente para todos os que trabalham no campo da atenção básica. Essas ações de saúde mental certamente são ações feitas de forma espontânea, até mesmo descoordenada, porque na maior parte das vezes ainda não existe esse treinamento. [...] o grande desafio é pensar os instrumentos e também as estratégias e etapas para se fazer uma virada definitiva, isto é, para tomar um passo decisivo, que é o passo da definitiva expansão, extensão das ações de saúde mental para a imensa rede de serviços, dispositivos, e agentes que existem na atenção primária no Brasil e que estão produzindo ações de saúde mental sem saber exatamente como estão fazendo isso, de que forma estão fazendo, sem nenhum suporte, nenhuma supervisão, nenhum acompanhamento, referindo-se, neste caso, à maior parte dos municípios que ainda não têm ações de saúde mental incluídas na atenção primária.

Casé (2000, p. 132) reportando-se a experiência de Camaragibe, no que diz respeito a articulação entre a saúde mental e a ESF, a partir da realização de oficinas com o objetivo de discutir o conceito genérico de loucura, doença e saúde mental, afirma que as diversidades das informações estimularam debates sobre preconceitos, medos e fantasias sobre o doente mental. Ressalta-se que o foco do trabalho está na sensibilização das equipes do Programa de Saúde da Família, para compreender “múltiplas características que compõem os sujeitos e as diversas causas de seus sofrimentos, desmistificando a doença mental no trabalho cotidiano”.

Scóz e Fenili (2003) afirmam que independente de qual seja a implementação de saúde mental na ESF, é imprescindível reforçar o papel evidente de uma ação conjunta, respeitando os princípios básicos de reorientação do modelo assistencial, em que a desinstitucionalização, atenção biopsicossocial interdisciplinar e a ampla participação dos usuários, permitam atender os preceitos do SUS, ESF e reforma psiquiátrica.

Para a articulação entre o campo da Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender a organização do modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças, seus medos, seus desejos e busque atuar de modo a não julgar o comportamento familiar mas sim, oferecer subsídios para que a família tome a sua decisão final (SCÓZ; FENILI, 2003).

3.4 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Apesar de a Constituição de 1988 não utilizar o termo integralidade, mas “atendimento integral”, para definir uma diretriz do SUS, essa expressão tem sido usada justamente para designar essa diretriz. Pergunta-se, mas, afinal, o que é integralidade? é importante salientar que o nosso delineamento teórico sobre tal questão, neste capítulo, optou-se precipuamente pelo entendimento de Pinheiro e Mattos que tratam de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde, embora outros autores auxiliem neste desenho teórico.

Campos (2006, p. 535) afirma que o princípio da integralidade orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS, oferecendo desde um elenco ampliado de imunizações até serviços de reabilitação física e mental, e, ainda, salientando as ações de promoção da saúde em caráter intersetorial. Nesse sentido,

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.

Para Mattos (2001, p. 41-2) a integralidade não é somente uma diretriz do SUS definida pela Constituição Federal, mas uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”. Configura-se como um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois está relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. A “imagem objetivo” como “a direção que queremos imprimir à transformação da realidade”. Mattos ainda afirma que a “imagem objetivo” é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Isso possibilita que atores com motivações, e desejos diferentes que possam, em um momento, comungar com os mesmos ideais. “Dita de outra forma,” a imagem objetivo não diz uma vez por todas como a realidade deve ser, ela traz consigo um grande número de realidades futuras”.

Segundo Mattos (2001) o primeiro sentido da integralidade relaciona-se com um movimento chamado de medicina integral. Esse movimento criticava o fato dos médicos adotarem ações fragmentadas em relação aos pacientes. Portanto, a integralidade se caracterizaria pela recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico. Para Gomes e Pinheiro (2005, p. 290), dizem que a integralidade como traço da boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para não ser apenas a redução ao aparelho biológico deste. “a

integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde”.

Optou-se pelo significado da integralidade como “imagem objetivo”. Esta, traz uma gama de oportunidades para transformar idéias em ações, no que tange à saúde mental. O estudo da atenção à saúde mental na rede básica emerge como uma realidade futura a ser conquistada. Considerada “como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde e que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”. (MATTOS, 2001, p.48)

O conhecimento científico não deve ser menosprezado mas é preciso dar margem a uma visão abrangente das necessidades dos usuários dos quais tratamos. Não há dúvidas de que a Reforma Sanitária, e a Reforma Psiquiátrica trouxeram notáveis benefícios para a política de saúde de nosso País e, principalmente, para os cidadãos brasileiros. Mas hoje, novos emblemas de lutas merecem ser destacados, novas bandeiras precisam ser erguidas, e a integralidade renasce como uma “imagem objetivo” a ser exercida na atenção básica. Para Pinheiro e Mattos (2001, p. 63) a realização da integralidade nos serviços de saúde, ocorrerá no exercício da comunicação:

A integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos.

Mattos (2001) organiza o princípio da integralidade em três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se à prática dos profissionais de saúde. O segundo, à organização dos serviços e das práticas de saúde. O terceiro, às questões das respostas governamentais, esta última não faz parte do processo de trabalho como os dois sentidos acima.

O conjunto de sentidos da integralidade que incidem sobre as práticas dos profissionais de saúde tem em comum a preocupação em discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários dos serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças (MATTOS, 2001).

O autor ao ressaltar a defesa da integralidade é defender, antes de tudo, as práticas em saúde no SUS como sendo intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos (MATTOS, 2004).

A integralidade referente à organização dos serviços e das práticas de saúde, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. No caso da ESF, a equipe de saúde está preparada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adstrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial com o fornecimento de medicamentos (ALVES, 2005).

O termo integralidade possui um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde. Aqui é uma ação social voltada para o plano de atenção à saúde de forma individual, em que se constrói a integralidade no ato da atenção individual. O acolhimento representa o resgate do conhecimento técnico das equipes e ainda a reflexão sobre a humanização das relações em serviço, bem como o resgate do espaço de trabalho em termos de lugar de sujeitos.

Corroborando a questão da humanização e da identidade funcional de cada profissional da saúde, Araújo (2003) chama a atenção para que a equipe multiprofissional, obtenha na ESF a melhor definição de suas competências e maior controle de suas atividades, no qual deve prevalecer a proposta de compartilhamento e confiança mútua em todo o desenvolvimento do processo. Outro sentido importante é o *Vínculo*, em que são estabelecidas relações entre o trabalhador e o usuário respeitando as crenças, as diferenças de cada um, mas de tal forma que essa interação possa criar laços afetivos e produza sensibilidade na equipe que realiza a visita para que o sofrimento do usuário possa ser atendido. Sobre a questão do vínculo, Araújo (2003) coloca que a ESF, enquanto proposta, segue princípios que colocam como prioridade o vínculo e o compromisso profissional para com a comunidade.

A partir do estabelecimento dessa relação efetiva e resolutiva quanto às demandas do paciente, é importante ressaltar a singularidade e a subjetividade de cada relacionamento entre o profissional e o cliente, o que pressupõe integração dinâmica de contextos diversificados, características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes.

Pinheiro e Luz (2004) corroboram os autores acima quando dizem que é preciso superar os limites da busca de objetividade e incluir a subjetividade dos indivíduos nas discussões, procurando desfazer os nós daquilo que é irreduzível à racionalidade nas atividades de caráter coletivo. O vínculo ainda implica responsabilização. O profissional tem

responsabilidade com esse cliente, devendo haver a efetividade pelos problemas de saúde, seja de que forma for, para garantir a assistência de qualidade. Traverso Yépez e Morais (2004) relatam que a falta de acolhimento e vínculo proporciona um distanciamento observado na relação entre profissional e paciente, o que favorece o baixo comprometimento do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada.

As discussões acerca da integralidade em saúde vêm levantar questões sobre a objetividade, tecnicismo dos serviços de saúde e a sua exclusão em outras questões que não envolvem somente habilidades técnicas. Em consonância com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde (ALVES, 2005). Sobre a importância da integralidade para a reorientação do modelo assistencial, ele relata que:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade (ALVES, 2005, p. 43).

Quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. O profissional que pretenda orientar suas práticas pelo princípio da integralidade necessita, sistematicamente, escapar aos reducionismos, uma vez que não vê, somente, o órgão afetado por uma doença, mas, os sentimentos individuais, a realidade social na qual o usuário está inserido.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS: O CAMINHO DAS FLORES

4.1 O tipo do estudo:

Com o objetivo de analisar as concepções e as práticas do(a) enfermeiro (a) acerca da atenção ao doente mental na Estratégia de Saúde da Família com o enfoque na integralidade em saúde, buscou-se elemento da pesquisa qualitativa para uma melhor compreensão do estudo. Minayo (2004, p.10) define a pesquisa qualitativa, como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Minayo (2004) ainda acrescenta que, na pesquisa qualitativa não há tanta preocupação com a generalização mas, com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social.

Entendendo que as concepções e as práticas dos trabalhadores de enfermagem em relação ao portador de transtorno mental vêm mudando ao longo das décadas, optou-se pela utilização da história oral temática como forma de iluminar o caminho para a compreensão do nosso estudo.

Thompson (1992, p.22), acerca da história oral, afirma que:

A história oral não é necessariamente um instrumento de mudança; isso depende do espírito com que seja utilizada. Não obstante, a história oral pode certamente ser um meio de transformar tanto o conteúdo quanto a finalidade da história. Pode ser utilizada para alterar o enfoque da própria história e revelar novos campos de investigação; pode derrubar barreiras que existam entre professores e alunos, entre gerações, entre instituições educacionais e o mundo exterior; e na produção da história- seja em livros, museus, rádios ou cinema- pode devolver às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras.

Meihy (2002, p. 13) coloca a história oral como um recurso moderno para estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. “É uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva”. A história oral temática é a que mais se aproxima

das soluções de apresentação de trabalhos científicos em diversas áreas do conhecimento acadêmico. É quase sempre usada como técnica, pois articula diálogos com outros documentos (MEIHY, 2002).

A técnica de coleta de informações baseada na história oral temática, segundo Meihy (2002), consiste em uma forma de coleta de informações baseada no depoimento oral, gravado, obtido através da interação entre o pesquisador e o entrevistado.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO: NO JARDIM DAS FLORES

A presente pesquisa foi desenvolvida em três unidades de saúde no município de Natal. Dessas unidades, duas fazem parte da Estratégia de Saúde da Família e a outra é referência para aquelas em relação à saúde mental. As unidades pertencem à rede de serviços da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, a qual é norteadas pelas diretrizes e princípios do SUS. As unidades envolvidas, nesse trabalho estão localizadas nos bairros de Cidade Nova, Felipe Camarão Mista e Cidade da Esperança pertencentes ao Distrito Sanitário Oeste. Esses bairros estão localizados na periferia de Natal e tem como características o alto consumo de drogas lícitas e ilícitas. A escolha das Unidades de Saúde se deu pelas experiências da pesquisadora enquanto aluna de graduação durante as práticas supervisionadas nas disciplinas de Enfermagem.

4.3 COLABORADORES DA PESQUISA

Constituíram-se como colaboradores participantes da pesquisa dez trabalhadores de enfermagem, especificamente nove enfermeiros e o coordenador de saúde mental atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador de enfermagem há, pelo menos, 01 ano; aceitar participar do estudo voluntariamente, assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); e ter condições cognitivas de responder às questões contidas no formulário de entrevista.

No processo de seleção dos participantes, foi definida a *colônia* a ser entrevistada que, segundo Meihy (2002), consiste em um grupo abrangente e conceituado a partir de características próprias que o distingue dos outros. No caso do presente estudo, os enfermeiros

das Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Oeste. Após a escolha da colônia, passou-se à formação da *rede*, representando a especificação das pessoas a serem entrevistadas, ocasião em que foi definido o informante chave, ou seja, o profissional conhecedor da história do grupo e, por conhecer, torna-se um guia capaz de orientar a escolha dos entrevistados e a conformação da rede. É importante ressaltar que, como o estudo se deu em três unidades, a formação da rede aconteceu em cada USF.

O momento conclusivo das entrevistas foi assinalado, segundo o critério da pesquisa qualitativa a partir de repetição e saturação das respostas. Para garantir anonimato, sigilo e confiabilidade as suas falas as enfermeiras são identificadas simbolicamente por nomes de flores, tais como: *Lírio, Gérbera, Copo de Leite, Cravo, Heliconia, Tulipa, Lisianto, Girassol, Celósia, Estrelícia*.

O pseudônimo como flores foi escolhido por ter significado especial à pesquisadora: Cada flor, na sua singularidade, transmite a sensibilidade, a beleza, à importância da sua existência na fauna e flora.

4.4 A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Antes da entrada em campo para a produção do material empírico ocorreu uma visita às Unidades de Saúde da Família, na qual foram explicados para os profissionais os objetivos da pesquisa, solicitado autorização aos depoentes, explicando o sigilo e anonimato na pesquisa (Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e solicitação à coordenação da USF (APÊNDICE D e ANEXO A).

A técnica utilizada para a produção do material empírico foi a entrevista individual com o roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A e B) e foi pedido o consentimento (APÊNDICE C) para a gravação das entrevistas em fita K7. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que utilizou um caderno de campo durante o trabalho, como forma de registrar as impressões cotidianas do pesquisador sobre as falas e o ambiente de investigação, seguindo o modelo da história oral, conforme Meihy (2002).

Meihy (2002, p.176) afirma que o caderno de campo deve funcionar como um “diário íntimo em que são registrados inclusive os problemas de aceitação das idéias dos

entrevistados, bem como toda e qualquer reflexão teórica decorrente de debates sobre aspectos do assunto”.

Antes da realização das entrevistas, o instrumento de coleta de informações foi previamente testado em uma outra Unidade de Saúde da Família, no município de Natal/RN. A partir de algumas observações no pré-teste foram feitas as devidas correções.

Terminando as entrevistas, as falas foram transformadas em textos escritos. Meihy (2002) fala desse interstício da seguinte forma: a *transcrição* é o artifício de mudança do estágio da gravação oral para o código escrito. Após a escuta minudenciada das falas, elas foram escritas na íntegra, tal como relatadas pelos participantes; nessa etapa, a transcrição foi feita exclusivamente pelo autor. Os ruídos, barulhos e interferências sonoras foram retirados, mas sem alterar o conteúdo das entrevistas. A *textualização* é a etapa na qual foram removidos os erros gramaticais e retificadas as palavras sem peso semântico. A *transcrição* é a etapa em que o texto foi recriado em sua plenitude, com a intercessão da pesquisadora. Após a conclusão das fases descritas, procedeu-se à *conferência* das entrevistas, momento em que, o texto depois de trabalhado foi entregue às colaboradoras para que fosse autorizada. (MEIHY, 2002)

4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para efetivação da análise das falas das colaboradoras utilizou-se a *análise temática*, que, para Minayo (2004), comporta um *feixe de relações* e pode ser graficamente evidenciada através de uma palavra, uma frase ou um resumo. Portanto, para esta autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* tem significado peculiar para o objetivo analítico visado.

No sentido de operacionalizar a utilização da *análise temática*, seguiu-se o esquema analítico indicado por Minayo (2004). Assim, partindo-se do referencial teórico adotado nesse estudo, iniciou-se a *pré-análise*, seguida da *leitura flutuante* das entrevistas, em busca da aquisição das idéias centrais enunciadas nas falas através da leitura exaustiva do material, para construir o *Corpus*. Nesse momento, as entrevistas foram agrupadas conforme

as características comuns. Posteriormente, o *Corpus* foi submetido a um recorte do texto em unidades de registro, formadas por frase, palavra, trecho ou tema. O corpus pode ser de duas naturezas: *Corpus convergente* e o *Corpus divergente*, este artifício tem por objetivo separar as idéias centrais do material transcrito.

Ocorreu, nesse momento, a agregação das informações, definindo-se três eixos temáticos norteadores: *Integralidade na prática dos profissionais de saúde; Integralidade na organização dos serviços de saúde e Integralidade nas respostas governamentais*. E, destes, emergiram as seguintes categorias de análise: *Dependência química: o mal da transcrição de receitas, ausência de uma rede de cuidados na comunidade, qualificação profissional, intersectorialidade das ações e organização da rede e gestão local*.

A pesquisa foi apreciada pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN, na reunião de 2 de junho de 2006, com o protocolo nº 031\06, atendendo à normatização da Resolução nº 196/96, referente aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO B).

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS: COLHENDO AS FLORES DO NOSSO JARDIM

É inegável que a saúde mental no Brasil avançou sob um ponto de vista de ruptura de paradigmas, graças às idéias da reforma psiquiátrica e das diretrizes do SUS, tais como a acessibilidade e o atendimento integral. O desabrochar dessas idéias tornou o atendimento ao usuário com transtorno mental possível e o direito de voz do próprio usuário diante das situações de saúde. Na questão do modelo asilar, houve grande evolução no país inteiro em relação à redução das internações em hospitais psiquiátricos, e o Sistema Único de Saúde promoveu a abertura de serviços substitutivos para a assistência desse usuário, assim como uma nova proposta de assistência através da criação e implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Dimenstein et al. (2005, p.25) falam da importância da atenção básica para a reinserção dos usuários:

[...] Consideramos que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade.

Mas será que os profissionais de saúde da Estratégia saúde da Família estão preparados para receber esses usuários de acordo com os preceitos estabelecidos pelo SUS? O atendimento está sendo realizado de forma contínua, com um acompanhamento, dentro do princípio da integralidade?

Eixo 1: Integralidade na Prática dos Profissionais de Saúde

Esse eixo temático denominado *Integralidade na prática dos profissionais de saúde* mostra como os enfermeiros se sentem na sua prática, quais os serviços ofertados para os usuários com transtornos mentais na atenção básica no município de Natal/RN e o entendimento que eles têm sobre integralidade. Para esse eixo foram estabelecidas as seguintes categorias: *Dependência química: o mal da transcrição de receitas; Ausência de*

uma rede de cuidados na comunidade; Qualificação profissional e Integralidade para os profissionais.

Dependência química: o mal da transcrição de receitas

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou um modelo de atenção à saúde da população, que busca reorganizar a prática assistencial em substituição ao modelo de saúde centrado na atenção curativa, tendo como estratégia de organização, a ESF. Essa estratégia trabalha com uma rede hierarquizada e descentralizada de saúde para atender aos usuários. Para a saúde mental, surge a idéia de rede de serviços para que os portadores de transtornos mentais tenham acesso ao acolhimento, ao vínculo e à busca pela sua reinserção na comunidade, no seu território. Apesar da discussão e dos inúmeros avanços sobre as práticas de saúde em relação ao portador com transtorno mental na atenção básica, o que se vê, ainda, é um modelo guiado pelo paradigma cartesiano cujo funcionamento do corpo humano é comparado ao funcionamento das máquinas, em que cada órgão doente pode ser curado com o medicamento, como o conserto de uma peça quebrada de uma máquina.

Buchele et al. (2006) relatam que, apesar do esforço contínuo em integrar socialmente o indivíduo com transtorno mental, existe uma tendência terapêutica nas instituições psiquiátricas que privilegia a medicação do doente e da doença, procurando aliviar os sintomas. Bezerra Júnior (2000, p. 153) afirma sobre a intervenção terapêutica:

Se o médico for suficientemente criterioso para ouvir o discurso do paciente não como produto da ignorância ou da pobreza intelectual mas como discurso diferente, de complexidade e riquezas próprias, terá aí um campo de intervenção terapêutica e de pesquisa altamente promissora. O medicamento poderá ser então um instrumento que lhe permite acesso a este outro código de percepção e expressão emocional. Se, ao contrário, reduz o que escuta à caricatura ou curiosidade folclórica turva o próprio olhar, não enxerga mais do que sintomas que não consegue entender direito e faz do medicamento um cala boca.

Bezerra Júnior (2000, p. 148) continua afirmando que “não se pode esperar qualidade no atendimento medicamentoso se não há tempo razoável para que seja feita uma consulta digna desse nome”. E ainda acrescenta: “Na verdade a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receitas”.

Nas falas das enfermeiras constam a transcrição de medicação quando questionadas sobre quais os serviços oferecidos para o portador com transtorno mental, como pode ser constatado nos depoimentos seguintes:

A gente tem um grave problema aqui que é o seguinte: tem um psiquiatra que vive na igreja católica de Felipe Camarão distribuindo a torto e a direita receita de psicotrópicos. Tem pessoas que se você não der a ela uma receita de um psicotrópico [...]. Ela enlouquece aqui dentro, por quê? A dependência química. Ela tem dependência química [...]. Então isso é um problema muito grave, nos bairros de Natal acontece (Tulipa).

Não. Nos serviços o que se oferece basicamente [...] é a transcrição de receitas de psiquiatras. O médico atende esses pacientes, transcreve o medicamento quando é um paciente que já está acomodado com aquela dose de psicotrópico: é só para transcrição mesmo. Aliás, os médicos, alguns médicos passaram a ter uma agenda semanal onde podem estar agendando todo mundo que vem pegar receita azul (Heliconia).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2003), os medicamentos são bens indiscutíveis à saúde. No entanto, nem sempre são usados os mais indicados ou da forma mais adequada. Na área de saúde mental, é preciso um cuidado ainda maior, já que os medicamentos utilizados denominados de psicofármacos, são considerados de atividade sintomática. Os psicofármacos podem ser responsáveis por malefícios à saúde quando utilizados de forma inadequada.

Nas falas das colaboradoras, constata-se a repetição dessas receitas sem a devida avaliação clínica.

O bairro de Felipe Camarão tem uma população de sessenta mil habitantes. Só na minha área eu tenho cinquenta e três pacientes que são usuários de psicotrópicos. E nenhum [...]. Ele volta para o psiquiatra, ele resolve aquela receita e o médico daqui fica só [repetindo]. Se ele tiver alguma anormalidade voltar[orienta] [...]. Que a coisa mais difícil é especialista em psiquiatria, é meses, né? Aí fica, né? renovando aquelas receitas. É. O tratamento aqui é medicamentoso. Não tem a parte de prevenção (Gérbera).

[...]É praticamente uma transcrição da medicação. E até assim [...]. Uma dificuldade que a gente vê que o médico coloca é a questão da contra-referência. Porque o paciente ele é atendido pelo psiquiatra e não vem dizendo nada, contando assim: como deverá ser usada essa medicação, por quanto tempo, o que precisa rever (Célosia).

No Estado de São Paulo, foi realizado um estudo em dois municípios, por Noto et al. (2002), tendo como objetivo analisar a prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos através da análise de receitas. Os resultados confirmam a ocorrência do uso irracional desses medicamentos. Foram processadas 108.215 prescrições, sendo 76.954 de benzodiazepínicos. Outro dado relevante refere-se à destinação dessas prescrições, constando-se que as mulheres receberam mais prescrições em comparação com os homens. Em um estudo realizado por Dimenstein et al. (2005) na zona norte de Natal/RN em uma USF sobre uso de psicotrópicos, dos cinquenta e nove entrevistados, cinquenta faziam uso de psicotrópicos, dos quais trinta e um eram mulheres e dezenove homens. Apenas, nove não fazem.

Carvalho e Dimenstein (2003), em um estudo realizado em Natal, investigaram o significado e a função atribuídos ao uso de medicamento ansiolíticos, para mulheres usuárias do serviço de atenção básica à saúde e médicos clínicos gerais. O estudo constatou que há um consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos, do tipo ansiolítico, por mulheres na rede básica de saúde, e o abuso de prescrição desses medicamentos pelos profissionais.

Dimenstein et al. (2005, p. 29) acrescentam que é necessário haver uma articulação entre a atenção básica e atenção secundária, ou seja, entre equipes inseridas em unidades de atenção primária e em serviços substitutivos, “essas duas formas de prestação de cuidados devem ser articuladas, de forma que o princípio da referência/contra-referência possa ser atendido, e o usuário não vá direto ao hospital psiquiátrico”.

Remetendo-se às pesquisas de Natal por Carvalho e Dimenstein (2003), vale ressaltar o depoimento de *Lírio*, quando ela assinala que o uso da medicação psicotrópica por parte de algumas mulheres usuárias da USF onde trabalham, estar associado à solidão, e/ou à falta de um companheiro:

[...] Existiram mulheres que viviam solitárias e que viviam com a família muitos problemas e que quando arranjaram um companheiro não precisou mais de diazepam, não precisou mais de medicamento. E quando o relacionamento não deu mais certo, achou que seria corrigido com o medicamento, retornou ao medicamento e a gente provou para ela que por ela mesma não há necessidade de tomar esse medicamento, mas se viciou e não tem como elas pararem não (Lírio).

Carvalho e Dimenstein (2003) afirmam que os motivos apontados fazem parte de seu dia-a-dia e implicam reações que revelam a não suportabilidade às condições de sobrevivência impostas. Dessa forma, o medicamento aparece ocupando a função de um importante instrumento para o equilíbrio emocional. Mendonça e Carvalho (2005) reforçam a idéia de que o ingresso para o uso de benzodiazepínico pode ser marcado por um acontecimento na vida, porém esse pode perder significância devido ao uso prolongado do benzodiazepínico. O acontecimento determinante do uso é descartado devido aos efeitos dos benzodiazepínicos, e a falta dele passa a ser um problema.

Carvalho e Dimenstein (2003, p.43) analisam os serviços de saúde com relação ao uso abusivo destes medicamentos:

Os serviços de saúde, de forma geral, funcionam regidos por uma lógica que estimula o uso abusivo de medicamentos. [...] os medicamentos ora em pauta estimulam uma postura passiva do usuário diante daquilo que provoca seu sofrimento, e podem impossibilitá-lo de usar seus próprios recursos contra as adversidades que o acometem. É possível que os ansiolíticos transformem-se em um verdadeiro ópio social, mascarando os sintomas emocionais, enquanto o contexto social continua inalterado, ou generalizando diferentes distúrbios e protelando o diagnóstico correto da doença subjacente.

Oliveira e Fraga (2002) afirmam que as mulheres de poder aquisitivo baixo, usuárias dos serviços públicos de saúde, ao procurarem atendimento médico com queixas de angústia, ansiedade e insônia se deparam com uma oferta- o Diazepam. Elas aceitam o medicamento, pois esse é distribuído gratuitamente nos postos. Com o passar do tempo, começam a perceber que nada mudou. Suas preocupações continuam: a fome, seu sofrimento permanece, pois o problema social em que estão envolvidas não foi resolvido. Enquanto isso têm no remédio um amortecedor alienante e tranqüilizante. Porém, quando percebem, não conseguem mais parar com o uso desse medicamento. O diazepam passa a fazer parte do seu dia-a-dia, cristalizando um quadro que as autoras chamam de **Diazepam de cada dia**.

Sobre o uso do Diazepam, a fala da colaboradora *Gérbera* confirma na realidade pesquisada o que os autores dizem.

[...] Se você for ver o que tem de gente aqui tomando diazepam [...]. Diazepam é como água com açúcar porque é demais mesmo [...] (*Gérbera*).

Auchewski et al. (2004) realizaram um estudo em Curitiba, no ano de 2000, para avaliar a qualidade das orientações médicas sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. Foram entrevistados 120 pacientes com idade média de 48 anos. Houve predomínio da orientação “não beber” (85%), seguida do cuidado para operar máquinas e dirigir veículos (46%), e por último, a orientação sobre o desenvolvimento da dependência (31%), podem indicar a falta de preocupação do médico com a possível dependência induzida por esses medicamentos.

O controle do consumo de psicotrópicos deixa a desejar na atenção básica. Alguns pacientes se valem de artifícios para o uso indevido dessas medicações. Um dos motivos seria a venda de receitas e a manutenção da aposentadoria pelo INSS.

Porque a gente sabe que eles também vendem, né? E como aqui é um bairro que tem muito usuário de drogas, é também para controlar isso aí. E o pessoal se usa disso, né? Diazepam aqui é como [...] é demais, demais! (Gérbera).

[...] E tem aqueles pacientes que a gente sabe que estão encostados pelo INSS e que precisam dessas receitas para continuar com a aposentadoria (Gérbera).

Tesser (2006) chama atenção para o processo de medicalização social que, segundo o autor, pode ser visto como a expansão progressiva do campo e intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Ainda acrescenta:

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele (TESSER, 2006, p. 65)

A medicalização transforma culturalmente as populações, com uma diminuição da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores

cotidianas. Isso remete a um consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação (TESSER, 2006). O uso de benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêm dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer das questões que afligem a vida desses usuários (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Laranjeira e Castro (1999) citados por Mendonça e Carvalho (2005) afirmam que o controle de benzodiazepínicos é, portanto, muitas vezes, falho. Alguns pacientes, se valendo de artifícios, usam indevidamente os benzodiazepínicos, como a adulteração de receitas e a capacidade de induzir o médico a prescrevê-los.

Diante das condições precárias de sobrevivência da população, os usuários de psicotrópicos vêm, como saída, a venda dessas medicações para contribuir na garantia do seu sustento e o da sua própria família. Nesse ínterim, observa-se que há uma “contextualização financeira” favorecendo, ainda mais, a perda da capacidade de enfrentamento autônoma pela busca de trabalho, como forma de reinserção e reabilitação social desse portador de transtorno mental.

Apesar da repetição de transcrição de receitas, ressalta-se a existência de uma preocupação por parte das enfermeiras em iniciar um trabalho com os usuários de transtorno mental.

Essa tem sido uma preocupação da gente, porque a gente tem um número muito elevado de pessoas que são portadoras de transtorno mental e elas aparecem muito na unidade em situação emergenciais à procura de receita. Então [...] a nossa pretensão agora é pelo menos começar a agrupar essas pessoas, fazendo reuniões mensais com elas. Já que elas procuram o serviço a procura de receita, a gente aproveitar isso para fazer outras atividades (Tulipa).

Eu já pensei o que poderia fazer que a gente tem que fazer visita domiciliar aquele paciente. Mas o médico mesmo diz assim: Que vai passar a receita, o que a gente vai fazer com aquela casa? Assim... Aqueles pacientes mais violentos... Eles são colocados em um quarto, fica lá naquele canto. Agora quando eles estão em crise eles ficam trancados, quando estão muito violentos internam e quando não estão em crise ficam na rua. Aí vai para casa só dormir. A gente tem uns quatro assim (Gérbera).

Oliveira, Vieira e Andrade (2006) relatam que entre as atribuições do médico na ESF estão a implementação de ações de promoção à saúde mental e o desenvolvimento de atividades individuais e grupais de atenção/educação em saúde que permitam expressar sentimentos e desenvolver autonomia dos usuários. Mas o que se vê, na prática, é outra realidade. O estigma relacionado ao doente mental ainda rodeia a formação médica, enclausurando o próprio médico em seus medos, inseguranças e esses sentimentos prejudicam o acolhimento. O vínculo médico-paciente não é exercido pelas amarras do modelo biomédico ainda presente, mesmo em um modelo de atenção à saúde que prega a escuta, o desprendimento de conceitos que, mesmo inerentes à formação do *ser*, seja capaz de superar seus próprios limites em prol da reabilitação daquele usuário, da sua reinserção no espaço territorial. Foucault (2004, p. 502) ressalta que:

[...] enquanto o doente mental é inteiramente alienado na pessoa real de seu médico, o médico dissipa a realidade da doença mental no conceito crítico de loucura. De modo que nada mais resta, fora das formas vazias do pensamento positivista.

Como é possível desenvolver vínculo se o momento *a dois* são alguns minutos para prescrever uma receita? É preciso que os médicos que trabalham na ESF, ou melhor, todos os profissionais, inclusive enfermeiros, tenham claro que o modelo vigente é uma luta contra a consulta verticalizada, contra as algemas do estigma, porém o mais importante, a ESF permite não só ao médico, mas ao profissional de saúde, uma luta de transformação em relação ao *eu*. A saúde mental na ESF permite ao profissional rever seus paradigmas buscando transformá-los em novas práticas assistenciais, pautadas na universalidade, equidade e na integralidade. Infelizmente ainda se constata situações anteriormente exercidas nos manicômios: A diferença é que a clausura não ocorre em uma instituição psiquiátrica, mas no próprio lar.

Oliveira, Vieira e Andrade (2006) relatam que a ESF na atenção primária e a reforma psiquiátrica na atenção à saúde mental se complementam e trilham um mesmo caminho conceitual e operacional: autonomia e participação. Dimenstein et al. (2005) ressaltam que a atenção básica constitui-se em um plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial. A inserção de saúde mental na atenção básica é uma importante estratégia para a reorganização da atenção à saúde,

tornando-se urgente em nosso meio, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade.

Essa autora afirma ainda que a inclusão das questões de saúde mental na política de implantação da ESF se apresenta como uma efetiva forma de inibir a fragmentação e a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como *locus* privilegiado da intervenção (DIMENSTEIN et al., 2005).

Ausência de uma rede de cuidados na comunidade

Segundo Nascimento e Braga (2004) a reforma psiquiátrica brasileira surge como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico, sendo imprescindível à construção de novos saberes e práticas, em um processo de desconstrução e reconstrução de novas formas de perceber a saúde mental e seus meios de intervenção, procurando assistí-la nos vários níveis de atenção e em estruturas diversas, diferentes do hospital psiquiátrico tradicional.

A reforma psiquiátrica propôs novos paradigmas visando romper, também, com o isolamento, a frieza em que o doente mental se encontrava nos manicômios, e, a partir daí surge como premissa para cuidar do portador de transtorno mental. Para proporcionar uma maior assistência, é preciso que haja um acompanhamento, não somente com relação às condutas médicas tradicionais, mas se faz necessário uma equipe multidisciplinar que trabalhe juntamente com a família em busca de alternativas que visem à participação desse paciente em sociedade, que exerça a sua cidadania através de sua inserção na comunidade.

Com a reforma psiquiátrica, abriu-se um leque de pensamentos que estavam adormecidos, e hoje, já podemos observar o efeito dessa mudança de pensamento nas práticas assistenciais nas quais o usuário e suas famílias precisam ser vistos pelas equipes, como relata em sua fala *Copo de leite*:

Ele precisa de um cuidado especial e não apenas de um receituário mensal. Ele precisa de um acompanhamento psicológico, de um acompanhamento de enfermagem, do médico e às vezes ele necessita de um acompanhamento do próprio cuidador, às vezes esse paciente tem o cuidador e esse cuidador tem também que ser tratado. E nada disso existe na unidade (Copo de leite).

Alves e Guljor (2004) afirmam que o conceito de cuidado baseado em algumas premissas seria a **liberdade em negação ao isolamento**. Nessa premissa, opera-se uma quebra com a necessidade de manter o indivíduo afastado de seu meio, para que seja identificado seu quadro. A partir daí, será feita a intervenção voltada à readequação do padrão do convívio social. A segunda seria a **integralidade em negação à seleção**. O sujeito em sofrimento requer necessidades que cruzam vários campos. Desse modo o cuidado abrange a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas. A terceira premissa é a do **enfrentamento do problema e do risco social** em contraposição ao modelo hospitalar, ou seja, ao diagnóstico. Este, que lançava a condução terapêutica, passa a ser incorporado a novos aspectos que envolvem a existência do portador de transtorno psíquico. Assim sendo, o risco social admite uma visão mais ampliada do sujeito, ao considerar a rede onde se insere (grifo nosso).

Segundo Rosa (2001) a atenção com o doente mental exige do cuidador intensa disponibilidade e dedicação, paciência, atenção, grandes responsabilidades, bom humor e criatividade. Tais ações devem ser mantidas pelo cuidador sem expectativas de significativas retribuições materiais ou simbólicas, pois o TM se manifesta e se desenvolve de forma diversa, segundo a singularidade do portador, quadro psicopatológico e recursos do meio.

Mattos (2004) complementa que os profissionais de saúde detêm um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por ela causados, e que esse conhecimento permite agir diante de um sofrimento assistencial. Mas, na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Isso sugere a busca de construir, a partir da conversa com o outro, projetos terapêuticos individualizados. Na fala de *Copo de leite*, constata-se que a enfermeira tem noção de que o portador de transtorno mental precisa de uma rede de cuidados e não só o receituário médico como forma de tratamento.

Outros pontos importantes que emergiram foram: a ausência de profissionais de outras áreas na Unidade de Saúde para que essa rede de cuidados se torne realmente possível o acompanhamento aos familiares, muitas vezes, desprovidos de recursos financeiros e emocionais para fornecer suporte ao usuário com transtorno mental. Rosa (2003) coloca que o sofrimento da família não é acolhido em sua intensidade e integralidade pelo serviço, sendo que essa família não é preparada para manejar com a sintomatologia do transtorno mental. Oliveira e Colvero (2001) acrescentam que, qualquer tentativa de tratar o indivíduo

isoladamente de sua família, é inútil, pois os principais passos para a promoção da saúde mental devem ser planejados dentro do âmbito familiar.

Vecchia e Martins (2006) ressaltam que o cuidado diário que recai sobre a família com relação ao indivíduo com transtorno mental é compreendido com uma sobrecarga, como se vê nas falas:

A forma como a família tenta se livrar, jogar... Isso é histórico, jogar no manicômio, tirar de dentro [de casa] Porque aquilo ali é uma desestruturação familiar que [...] Eu acho que é uma coisa muito sofrida porque aqui no Brasil não se respeita, não existe valorização de uma reinserção dessa pessoa na sociedade, na comunidade. Então [...] Ele vai lá, sai da crise e volta para a mesma situação e não tem um acompanhamento, não tem uma instituição que apóie que faça a reinserção social dela, que ela passe a ter alguma atividade, a trabalhar ou a estudar, seja lá que for. (Tulipa)

Eu tenho pacientes tanto aqueles que só usam psicotrópicos e tenho aqueles que são mais graves. Aqueles que vivem mais dentro de casa, ali trancados no fundo do quintal. A família muitas vezes é no nível de sedar o paciente, para acalmar. Quer que sede para aquele paciente ficar calmo. Eu tenho paciente aqui que está na rua hoje em dia porque os pais morreram e os irmãos não acolheram e vive na rua com a ajuda das famílias. (Gérbera)

Segundo Bandeira et al. (2005), a sobrecarga se refere às conseqüências negativas pela existência da doença mental na família. A presença do doente mental requer que os familiares coloquem suas necessidades e anseios em segundo plano. O ambiente domiciliar compete ao usuário e seus familiares, representando um local onde são mantidos valores individuais que devem ser observados e respeitados. Esse ambiente possui história peculiar, impregnada de lembranças, em que cada fato ou objeto retrata um momento único na vida do paciente, portanto há muitos significados (LINO, 2006). Esses significados, segundo a mesma autora, estão a permear o contexto de cada um dentro do espaço de trocas afetivas e vivenciais. Por exemplo, a necessidade de qualquer alteração dentro do funcionamento da casa, tais como, o estabelecimento de novos horários e rotinas devido à presença do usuário, acabam gerando desconforto não só para ele, mas para seus familiares (COLVERO et al., 2004).

Nas falas descritas, essas trocas afetivas e vivenciais estão sendo prejudicadas, talvez pela dificuldade da família em encontrar tratamento ou até mesmo por essa quebra das rotinas familiares. A falta de acompanhamento por parte da equipe de saúde pode gerar desesperança e talvez o único meio encontrado pela família seja o afastamento das inter-relações familiares.

O retrato de família como lembranças de momentos alegres, felizes dá lugar à preocupação, aflição de não ter meios para proporcionar um cuidado decente para o doente mental. Acrescenta-se, ainda, a sobrecarga emocional e financeira dos familiares.

Colvero et al. (2004, p.198) relatam que em relação à assistência prestada aos portadores pela família, as situações são as mais diversas:

A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procurem a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações.

Na prática profissional, percebe-se que as famílias demonstram dificuldades em lidar com o doente mental. Oliveira e Colvero (2001, p. 200) chamam a atenção para que outro ponto observado entre a saúde mental e a família diz respeito à sobrecarga que os familiares vivenciam em relação às condições precárias de moradia, desemprego e atividade para o doente mental na comunidade. E acrescenta que o profissional da ESF deve estar “sensibilizado a compreender o seu próprio modelo de organização familiar, valores, crenças e procedimentos, para que atue de modo a não julgar o que é melhor ou pior, e sim oferecer elementos para a análise da situação”. Na fala de *Gérbera*, essa sobrecarga é evidenciada na palavra *estorvo*:

Eu tenho Ana Maria que ela vive muito ali na rua, não tem nem diálogo com ela. Acho que ela nem conversa com a família. E a família ver como um estorvo, né? Eu sinto que tem que haver alguma coisa. Esses pacientes ficam totalmente jogados. (Gérbera)

Spadini e Souza (2006) corroboram com os argumentos de Oliveira e Colvero (2001) e com a fala de *Gérbera*, quando afirmam que a família, muitas vezes, precisa de uma reorganização, devido às sobrecargas acarretadas pelas mudanças em suas rotinas, gastos financeiros além do orçamento habitual, além do desgaste físico e emocional no cuidado ao doente. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica vem exigindo um maior envolvimento dos familiares nos cuidados aos pacientes que sofrem de doenças mentais. Os

cuidados oferecidos e as responsabilidades envolvidas em cuidar dos pacientes aludem sobrecarga para os familiares (BANDEIRA et al., 2005); (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Ainda na fala de *Gérbera*, evidencia-se essa sobrecarga e falta de cuidado com o doente mental por parte da família:

Eu vejo assim [...] Eles são discriminados pela comunidade, pela população. Pessoas totalmente alheias onde a gente está. Um exemplo assim, eu tenho uma menina [...] a doença dela [...] ela tem epilepsia e tem também retardo mental. Então a gente vê a falta de higiene em cima dela. Ela estuda [...] a coincidência é que ela é da minha área e minha irmã que é professora ensina a ela. E fala assim, que ela chega cheia de piolho, com a roupa suja, né? E a gente vai na casa[...] assim[...]o que a gente podia fazer para aquela mãe cuidar. Então, a gente sente que o doente mental é muito desprezado em relação à família mesmo (Gérbera).

Spadini e Souza (2006) ressaltam nesse contexto, que a enfermagem precisa conhecer e compreender todo esse quadro na família para promover apoio e orientações, como ajudar o portador a ser participante ativo do seu processo terapêutico, prestar assistência ao núcleo familiar e oferecer suporte necessário. Para isso, é preciso trabalhar junto ao doente mental e a seus familiares na compreensão da doença, para que, a partir desse apoio, possa acontecer a melhoria da qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, o sofrimento da família não é acolhido em sua intensidade e integralidade pelo serviço de saúde. A assistência extramuros é inviabilizada pela falta de profissionais nas USF e pela própria estrutura da unidade. A vontade de realizar trabalhos para essa demanda existe por parte das enfermeiras, mas a sua garra, os seus desejos são enfraquecidos pela falta de perspectiva em *ter como fazer* atividades voltadas para o portador. Nos relatos, há a presença do registro em livro, como forma inicial de cadastramento desses usuários:

[...] Então eu fiz um livro onde tem o nome de todos os pacientes que usam medicamentos para a partir daí a gente ver como trabalhar.E como até para separar[...] Os que são[...] Os que a gente não tem acesso assim[...] Tem uns que a gente não consegue nem dialogar porque são violentos (Gérbera).

Teixeira (2007, p.101) coloca que a temática do acolhimento nos serviços de saúde “vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem

requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde”. E ainda acrescenta:

[...] O acolhimento tem o papel de tudo receber, tudo interligar. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação- designada **acolhimento dialogado** e cujas principais características e regras operatórias estão expostas nas próximas linhas- a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações (TEIXEIRA, 2007, p.103) (grifo nosso).

O autor supracitado faz uma referência interessante ao relatar que os serviços de saúde são espaços importantes de conversa e que é passível de ser mapeado. Essa forma de mapeamento abaixo exposta encontra-se visualizada em uma tabela.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEÚDOS DAS CONVERSAS MAPEADAS

Conversas individuais	Conversas em grupo
p.a= pronto atendimento médico	Encontro para práticas corporais (aberto)
Consulta médica agendada: - pré-natal -doenças crônicas(HÁ/DM) - tuberculose -ginecologia (DIU,DST,colposcopia/biópsia,menopausa etc).	Atividade física para grupos especiais
	Conhecimento do risco cardiovascular (CV)
	Ajuste dos níveis pressóricos (HÁ) e glicêmicos (DM)
	Autocuidado entre idosos (>50 anos)
	Dieta: cuidados alimentares para grupos especiais
Confad= “conflito familiar e doméstico” (atendimento individual por profissional de nível superior especialmente treinado)	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase nos meios de contracepção
	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase no preservativo feminino
a.e= atendimento de enfermagem (geral)	

a.e. de coleta de papanicolau	Resultado de papanicolau
a.e. de gestantes	Cuidados na gestação: mudanças no corpo e na vida
	Cuidados na gestação: aleitamento e outros cuidados com o bebê
	Cuidados na gestação: o parto (inclui uma visita à maternidade)
a.e. de adolescentes	Adolescência e saúde
	Adolescência e sexualidade

Fonte: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde

Embora o presente estudo não tenha por finalidade fazer um mapeamento sobre as unidades pesquisadas, o que no momento não é esta a intenção da autora, mas como sugestão de uma prática que pode contribuir com a realidade estudada, ou seja, o serviço destinado ao doente mental, dentro da realidade de Natal/RN, propõe-se o desenho de um mapeamento que poderá auxiliar as enfermeiras a trabalharem com o portador de transtorno mental. Será portanto repetido o sumário de Teixeira (2007) somente com a inserção de conversas individuais e em grupo voltadas para o doente mental. As conversas foram idealizadas a partir das falas das enfermeiras nessa categoria.

Conversas individuais	Conversas em grupo
p.a= pronto atendimento médico	Encontro para práticas corporais (aberto)- Voltado para prevenção de stress, violência, entre outros.
Consulta médica agendada: - pré-natal -doenças crônicas(HÁ/DM) - tuberculose -ginecologia (DIU,DST,colposcopia/biópsia,menopausa etc).	Atividade física para grupos especiais
	Conhecimento do risco cardiovascular (CV)
	Ajuste dos níveis pressóricos (HÁ) e glicêmicos (DM)
	Autocuidado entre idosos (>50 anos)
	Dieta: cuidados alimentares para grupos especiais
	Queixas digestivas: cuidados alimentares
Confad= “conflito familiar e doméstico” (atendimento individual por profissional de nível superior especialmente treinado)	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase nos meios de contracepção
	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase no preservativo feminino
a.e= atendimento de enfermagem (geral)	

consulta de enfermagem ao portador de transtorno mental	<p>Psicotrópico: orientações sobre as medicações</p> <p>Hora da escuta: Importância do acolhimento</p> <p>Higiene e cuidados com o corpo(orientação com portadores e familiares)</p>
consulta de enfermagem aos familiares(participação de profissionais do CAPS)	<p>Roda de conversa</p> <p>Jogo da verdade: como me sinto? (conversas nas escolas do bairro: como vemos e como lidamos com o portador de transtorno mental); (conversas nas associações de moradores e nos sindicatos: o que podemos fazer pelos nossos companheiros portadores de transtornos mentais?)</p>
a.e. de coleta de papanicolau	Resultado de papanicolau
a.e. de gestantes	Cuidados na gestação: mudanças no corpo e na vida
	Cuidados na gestação: aleitamento e outros cuidados com o bebê
	Cuidados na gestação: o parto (inclui uma visita à maternidade)
a.e. de adolescentes	Adolescência e saúde
	Adolescência e sexualidade

Fonte: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde

Venetikides (2001) acrescenta que esses usuários não terão nenhuma condição de resgatar ou viver a sua cidadania se não ampliarmos uma nova cultura pautada no acolhimento, na tolerância às diferenças, no respeito aos direitos de todos os seres humanos.

A falta de acompanhamento aos portadores de transtorno mental repercute não só junto aos familiares, mas nas próprias equipes de ESF, que não se articulam com as famílias na tentativa de viabilizar meios que minimizem o distanciamento do portador de transtorno mental com os familiares e as próprias unidades de saúde. Nota-se que há preocupação por parte das enfermeiras de começarem um trabalho, mesmo que, a princípio seja o cadastramento em um livro ou tendo a consciência de que o problema existe. Mesmo partindo desses pontos iniciais, a dificuldade é grande, porque devido a não interação família-equipe de saúde, os familiares não confiam nos profissionais para exporem suas angústias e seus sofrimentos enquanto cuidadores. Conseqüentemente, não buscam a unidade para esse cadastramento. A anotação só é realizada para aqueles que vão à unidade em busca do **remédio controlado**. E isso, não gera vínculo!

O acolhimento não tem como acontecer, porque não *interliga*, não gera espaços de conversas, em que as famílias juntamente com o portador de transtorno mental procurem orientações, tenham participação social. Além disso, não há conversação entre as equipes da ESF e os serviços substitutivos, como o CAPS porque as enfermeiras não buscam se articular. Não há ainda uma **teia de conexões** que promovam a construção da integralidade ponto a ponto. Sabe-se que a construção de uma linha reta é decorrente de vários pontos, para traçar caminhos para o portador de saúde mental na ESF. É necessário, pois construir o ponto do respeito, o ponto da tolerância, o ponto dos espaços de conversas, para que os pontos seguidos um dos outros elaborem uma conexão de cuidados ao doente mental que não seja, somente, a prescrição de receitas e consulta médica individualizada sem a participação e efetivação de outros profissionais, sobretudo, os enfermeiros que são pontos chave nessa **teia de conexões**.

Embora as colaboradoras não tenham conseguido explicitar suas concepções sobre transtorno mental, tecem comentários sobre o uso da medicação e o não acompanhamento desses usuários nos serviços de saúde, como se pode constatar nas falas de *Lírio*:

Mas na minha área tem muitas pessoas que usam medicações controladas, de rotina. E quando se tenta orientar que aquela medicação é para extrema necessidade, com o acompanhamento com o próprio psiquiatra e avaliação com o psicólogo, eles já estão tão viciados que não querem mais nem saber disso, querem saber da receita. E se não é dada a receita para eles comprarem o remédio, eles se chateiam. [...] Porque acham que se tirar esse medicamento a vida deles acaba (Lírio).

O usuário com transtorno mental é um ser humano como uma pessoa que necessita de um acompanhamento, de um tratamento (Lírio).

Observa-se que, na fala de *Lírio*, já existe uma dependência do portador pelo psicotrópico, mesmo que o psiquiatra em conjunto com o psicólogo queira promover o acompanhamento e avaliação. Os próprios usuários não se interessam, provavelmente, porque já estão usando a medicação há bastante tempo e na concepção deles, o desmame da medicação é sinônimo de que a sua saúde será prejudicada, que haverá uma piora do seu estado clínico. Nesse contexto, a medicação os mantém saudáveis.

Observa-se que as enfermeiras não se inserem neste cuidado direto ao usuário na USF. Segundo Nascimento e Nascimento (2005), a prática da enfermeira deverá intervir através da organização do processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde, a fim de que cada indivíduo possa realizar seu trabalho como agente transformador. Apesar de as trabalhadoras não se colocarem nesse cuidado, percebe-se que existe uma consciência de que o acompanhamento e o tratamento são imprescindíveis.

O tratamento desses pacientes requer um projeto individualizado para que não se perca de vista a noção de conjunto, devendo estar atento ao tempo de cada um, com expectativas de possibilitar ao longo do processo, do aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha. Essas expectativas dependem do perfil dos profissionais que trabalham das características físicas e institucionais do local, da cultura regional, da vontade política e principalmente deste dado incógnito, que é a resposta dos usuários (GOLDBERG, 1996). É importante destacar que não bastam os profissionais de diferentes especialidades trabalharem juntos, no mesmo local, é preciso que estejam em sintonia com as atividades desenvolvidas.

Nas falas de *Lisianto* e *Heliconia*, constatamos a falta de atenção a esses usuários pois afirmam não terem nenhum contato com eles.

Eu como enfermeira não tenho nenhum contato [...] Aliás, nenhum contato com esses pacientes. Porque eles só vêm à tarde para ver o psiquiatra, pega a medicação [...] A enfermagem não atua diretamente. (Lisianto)

Olha, eu nem vejo na verdade sabe? Porque assim [...] o usuário com transtorno mental na minha área que eu atuo ele é visto pelo médico. Uma ou outra situação que tem crise, o médico [...] ele é encaminhado para o pronto atendimento psiquiátrico e aí precisa de medicação. Então, é quando a gente vai vê. Já teve umas três situações aqui em que eu fui fazer à visita domiciliar. [...] mas assim todos os casos de atuação do enfermeiro em saúde mental é mais na crise, no ponto crítico. Machucou-se ou agrediu ou veio encaminhado de psiquiatra e está com medicação prescrita. (Heliconia)

A composição de serviços de saúde mental firmados em base comunitária permeia a discussão do processo de descentralização, tendo em vista que a adscrição da clientela ao território de intervenção das equipes da ESF potencializa a constituição de um vínculo e à continuidade da atenção à população, importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. (VECCHIA, 2006).

Nunes et al. (2007) colocam, a despeito da Política de Saúde Mental, norteadora, atualmente da Reforma Psiquiátrica, a necessidade de estimular ações pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde. A lacuna ainda parece ser extensa entre o que essas diretrizes recomendam e o que se observa na realidade concreta. Nesse sentido, as concepções e práticas em saúde mental, porventura existentes em nível básico de atenção à saúde, nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os autores ainda ressaltam que as formas de relacionamento com a clientela devem priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mas vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados.

Através da ESF, a enfermagem tem contribuído na atenção à população por meio da consulta de enfermagem no CD (Crescimento e Desenvolvimento), na Saúde da mulher, no acompanhamento pré-natal e no exame papanicolau, no HIPERDIA, na visita domiciliar, entre outras práticas. Mas quando nos voltamos para a saúde mental, o que se constata nos relatos são: “Como enfermeira não tenho nenhum contato” ou “Eu nem vejo”. Porque é tão difícil implementar ações na Unidade de Saúde da Família voltadas para o portador de transtorno mental? As enfermeiras só realizam a visita domiciliar em situações críticas, ou para “pegar a medicação”. Os profissionais de saúde não estão familiarizados com o universo da saúde mental, não estão habituados com o processo de desinstitucionalização. Outro quadro que se configura é a falta de qualificação profissional.

Qualificação Profissional

Segundo Buchele et al. (2006), a saúde mental, como integrante da saúde coletiva, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, é um tipo de ação especial que deve ser desempenhada no município, ampliando uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado. Documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) afirmam que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

O plano Municipal da Secretaria de Natal/RN, referente ao quadriênio 2006-2009, traz uma série de metas a serem alcançadas durante esse período. Dentre as metas, tem-se: o aumento do número de CAPS, da expansão da rede extra-hospitalar e apoio matricial às equipes. Mas no corpo do texto desse plano, não fornece informações sobre capacitação dos profissionais na rede básica de saúde, especificamente àqueles que trabalham na Unidade de Saúde da Família. Brasil (2005a) ressalta que, a cada ano, cerca de 1.500 profissionais participam de cursos de longa duração (mais que 360h). E aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade fazem, pelo menos, um curso de curta duração (maior que 40h).

Mas na realidade local, as enfermeiras não se sentem capacitadas para assistir ao portador de transtorno mental.

Ai meu Deus![...] A gente estava justamente comentando isso com os agentes. Porque a gente tem uns casos gritantes e eu sinceramente não me sinto capacitada. Não tem psicólogo aqui para dar apoio, né?E assim [...] Eu não sei como a gente pode estar trabalhando essa demanda. A gente [...] A única coisa que eu consigo fazer é facilitar o acesso dele ao serviço. (Cravo)

Porque eu realmente não tenho [...] falta preparo para os enfermeiros trabalharem a questão da saúde mental. Desde a faculdade a gente tem essa dificuldade, para o preparo técnico e desenvolver também nas unidades porque é muito desassistido. Porque aqui a gente tem uma população acho que de cinqüenta mil habitantes e um psicólogo na unidade. Não dá pra ela fazer nada, praticamente nada. (Girassol)

Guedes Junior e Guimarães (2007) colocam que o enfermeiro do PSF deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, reduzindo os danos aos envolvidos e uma possível hospitalização do paciente. Acrescenta que o enfermeiro também deve ser capacitado a conduzir a comunidade e a família visando à inclusão do paciente de transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial. Dentre as entrevistadas, *Tulipa*, refere que participou de um treinamento durante a discussão da Reforma Psiquiátrica:

Eu fiz um treinamento quando [...] eu acho que no início dos anos 90 porque foi quando começou a reforma psiquiátrica e toda aquela questão de se fechar os

manicômios, de se criar alternativas para pessoas, como os CAPS, que hoje são CAPS, Centro de assistência psicossocial. [...] De lá para cá que eu me lembre... eu não lembro de ter tido mais nenhum principalmente depois da equipe de saúde da família. Teve de hipertenso, diabético, saúde da criança, uma série de coisas. Mas... assim[...] relativo a saúde mental não. (Tulipa)

Figueiredo (2006) coloca que o pouco investimento da Reforma Psiquiátrica na rede básica traz repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, que se mantiveram à parte do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de um cuidado mais inclusivo e reprodutor da vida social. Todo o movimento motivado em torno da invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e à necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontram raro eco.

Nunes et al. (2007) corrobora afirmando que as concepções e práticas em saúde mental na atenção básica nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, suscitando, por vezes, dúvidas quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais e na sua desestigmatização e cuidado efetivo.

A qualificação profissional dos profissionais na ESF em saúde mental torna-se difícil inicialmente por falta de iniciativa dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o seu atendimento. Como bem Figueiredo (2006) diz, muitos profissionais ficaram à margem do movimento da Reforma Psiquiátrica, não acompanhando as mudanças práticas que o movimento trouxe. Trabalhar com o usuário de transtorno mental requer romper com nossos próprios preconceitos, pois a lembrança que tem quando se fala em doente mental está ligado a manicômio, agressão, medo; e isso, é difícil de apagar, pois estão dentro de nossas raízes educacionais. Mas como profissionais de saúde, comprometidos com o outro, é necessário um pouco de desprendimento para conseguirmos realizar um trabalho em conjunto.

E para esse trabalho acontecer, é preciso que haja uma articulação da equipe de saúde com os gestores, pois a saúde mental está inserida em um processo maior do que meramente a especialidade, ela faz parte da saúde em geral, do bem-estar, da qualidade de vida. Como podemos oferecer assistência de qualidade para os usuários de transtorno mental se não conseguimos nem chegar perto deles? A capacitação profissional deve ser pauta principal em

qualquer proposta instituída pelos órgãos responsáveis. A capacitação fornece ao profissional segurança científica para a implementação de atividades nas unidades. Agregado a essa capacitação, é preciso que sejam oferecidas oficinas de sensibilização para os profissionais, sobretudo, os enfermeiros, para encorajá-los a criar ações que tragam esse usuário ao serviço.

Integralidade para os profissionais

Dentre os princípios do SUS, a integralidade vem sendo seguida como idéia transformadora do modelo de assistência. É também entendida como um cuidado que não permite a concepção de separação mente-corpo, ainda presente, na prática dos profissionais de saúde que atuam no SUS.

O atendimento integral ultrapassa a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde; se estende pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde; requer o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007). Mattos (2004) complementa afirmando que não importa em que contexto ocorra o encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde. A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. Sobre esse duplo movimento, acrescenta:

De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. De outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro (MATTOS, 2004, p. 1414).

Nessa categoria foi questionado aos entrevistados o entendimento que eles tinham sobre integralidade em saúde. Visto que houve uma dificuldade nas respostas, a pergunta foi formulada para a concepção que as enfermeiras tinham sobre atendimento integral. Através dos achados, percebe-se que há dificuldade em abordar esse princípio, aparecendo, às vezes, confuso e disperso.

O atendimento integral para o usuário é vê-lo como uma pessoa como um todo e não como uma parte, ele um ser humano completo, né? Biológico, mental, físico, emocional e o atendimento é geral. Não é um atendimento parcelado. Integralidade que eu entendo do ser humano tem que ver como mental, principalmente, emoções, físico, biológico, é isso. (Lírio)

[...] Ele é um paciente do sexo masculino, que ele precisa ter um acompanhamento na revisão da próstata, ele é um paciente do sexo feminino que precisa ver a questão de prevenção de câncer de mama, de câncer de útero, a prevenção de câncer bucal, ver a questão psicológica, a questão social, a questão ambiental, ter um atendimento completo. (Copo de Leite)

Eu entendo assim [...] que o atendimento integral [...] quando um indivíduo entra numa unidade de saúde para ele receber um atendimento integral ele tem que ser visto como um todo, né isso? O indivíduo com seus problemas sociais, seus problemas familiares. (Lisianto)

O “assistir como um todo”, conforme o depoimento das enfermeiras, significa a aplicação do conhecimento científico de diversas áreas incluindo os problemas sociais e familiares para que a integralidade seja compreendida. Mas essa concepção de “ver o indivíduo como um todo”, aparece com uma certa repetição, como um “jargão” lingüístico, mas as falas não são acompanhadas de atenção às necessidades e participação dos usuários.

Mattos (2007) afirma que a ampliação e a diversidade do conhecimento dito científico que embasa ou pode embasar práticas de cuidado é de grande dimensão que se torna impossível acreditar que uma pessoa possa reunir todo o conhecimento em sua área. De fato, há um reconhecimento de que o cuidado em saúde é cada vez mais exercido por distintos profissionais, cada um formado com outras idéias e em outras atmosferas.

Figueiredo (2006) relata que o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família na rede básica vem tencionando a inclusão das dimensões subjetiva e social na prática clínica, através do princípio da atenção integral ao sujeito e por meio do vínculo entre equipes e usuários, a fim de efetivar uma maior resolutividade para os problemas de saúde. Isso faz com que as equipes do PSF se deparem rotineiramente com problemas de saúde mental.

Guedes Junior e Guimarães (2007) corroboram reforçando que seja qual for a alternativa de implementação das ações de saúde mental do enfermeiro no PSF, é indispensável reforçar o papel evidente de uma ação conjunta. Respeitando os princípios

básicos de reorientação do modelo assistencial- com a estratégia de desinstitucionalização, atenção biopsicossocial interdisciplinar, a ampla participação e o controle social dos usuários- permitem acatar os preceitos maiores do SUS, ESF e Reforma psiquiátrica

Sobre o entendimento desse atendimento integral para os usuários com transtorno mental, as colaboradoras relatam:

Eu acho que um atendimento integral seria a questão de você entender esse paciente. De você ver a necessidade [...] Hoje em dia já se trabalha a questão do transtorno mental, não só a hospitalização mas a nível de casa; De você ter condição nessa visita domiciliar de conhecer essa família; De trabalhar a questão familiar em relação a esse paciente; De você ter esse retorno, essa comunicação com o psiquiatra. De você tá vendo o paciente enquanto ser [...] Talvez, assim, de se integrar a comunidade. (Celósia)

Eu diria assim [...] que seria o quê? A gente tivesse o CAPS junto com o Hospital dia e tivesse [...] assim [...] ter o paciente em Felipe Camarão e a gente fosse acionar, conseguisse mais fácil esse psiquiatra, a família também. Ser todo mundo junto [...] uma rede. (Gérbera)

Sousa (2004) coloca que no enfoque da saúde mental o enfermeiro deve considerar como objeto de trabalho o sofrimento das pessoas e como propósito, a promoção da saúde, a prevenção de agravos à saúde mental, e a inclusão do portador de transtorno mental na vida comunitária. A enfermagem, como profissão da área de saúde, precisa assumir seu compromisso com a mudança e manifestar, na sua prática, a transformação assumida no plano do discurso.

Mas quando questionadas sobre a perspectiva desse atendimento integral ser possível para o portador de transtorno mental na ESF e na unidade de referência, as enfermeiras e a gestão afirmam:

Aqui na unidade sinceramente eu acho que não. Porque a gente está com uma carência de profissional tão grande, sabe? Tá tão grande [...] você vê eu fico nesse corre corre [...] eu quero fazer isso, eu quero fazer aquilo...o pessoal da nutrição são poucos plantonistas. [...] Então, seria possível sim desde que tivesse um quadro de profissional e que também se dispusesse a fazer. (Lisianto)

Eu acho que dificilmente a gente não vai poder [...] eu não tenho perspectivas não. Satisfatórias, alegres, que me felicitem, assim: poxa, vou encontrar isso diferente lá na frente. Infelizmente, eu acho péssimo isso! Porque nesse momento estamos

caminhando para mais uma conferência nacional de saúde, eu acho que esse é o momento chave, sabe? De definir [...] vamos defender, assumir e fazer com que o SUS realmente aconteça ou então vamos desistir dessa idéia e vamos partir para outra tentativa (Heliconia)

[...] Porque você assumir só o problema físico das pessoas é metade do sujeito. O sujeito ele não é só físico. E a gente observa que grande parte das problemáticas físicas advém de questões emocionais. Então se você pega e faz uma cisão..faz esse corte aí[...]eu atendo só os aspecto dos hipertensos, diabéticos, saúde da mulher sem considerar o emocional dessas pessoas você só olha a metade do sujeito [...] (Antúrio)

Araújo (2007) coloca que, para a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o momento de formação. Assim, é preciso estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais, em que a finalidade dos objetivos da assistência sempre privilegie o cliente. Na fala de *Tulipa*, há esperança sobre o atendimento integral, mas, para isso acontecer, é preciso a incorporação de novos membros que atuem no cuidado ao usuário.

Eu acho que a equipe do PSF junto com a equipe de psicólogos e outros profissionais, de assistente social e tudo mais, a gente tem condições de fazer a nossa parte na unidade básica. (Tulipa)

Os membros da equipe, mesmo com vivências, conhecimentos e dificuldades diferentes, constroem, no cotidiano de suas práticas, seus momentos de reflexão, incorporando ou compreendendo melhor outras práticas de saúde (SILVA JUNIOR et al., 2007). Peduzzi (2007) acrescenta que, para a equipe de saúde conseguir algum grau de integração, é necessário que seus componentes, cada um deles e todos atuem de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. Bonaldi et al. (2007, p. 61) refere ao trabalho em equipe como uma *orquestração* do trabalho e isso é resultante dessa composição de saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais. A esse propósito, acrescenta:

O sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento a equipe de saúde, produzindo uma outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico

numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada.

Na visão da gestão, esse atendimento só será possível quando incluir ações de saúde mental na ESF que articulem saberes em prol das necessidades dos usuários e da comunidade.

Eu acho que se o PSF conseguisse assumir o papel dele, a importância que é para o território, para a reversão do modelo da saúde, a importância que o PSF tem isso já seria um grande passo. Incluir saúde mental mais ainda porque a integralidade do sujeito só vai ser dar se incluir ações de saúde mental na atenção básica. [...] Então a concepção que eu tenho hoje de integralidade de saúde é só de fato quando incluir saúde mental também nas equipes de PSF. (Antúrio)

Ações de saúde mental na Comunidade constituem modalidade de ação em saúde na qual o próprio ambiente comunitário é usado como intervenção terapêutica. E a Estratégia a Saúde da Família, que tem como propósito à assistência à pessoa como um todo, inserido no contexto familiar, é também responsável pela promoção da saúde mental e pelo reconhecimento de dificuldade na área de saúde mental e da dinâmica familiar, dando-lhes o devido atendimento e encaminhamento quando necessário (GUEDES JUNIOR; GUIMARÃES, 2007).

Segundo Guedes Junior e Guimarães (2007), o PSF ainda não provocou mudanças efetivas em direção ao seu propósito teórico. É importante que haja um suporte maior no que diz respeito à produção de saberes, no sentido de estimular a participação mais reflexiva dos profissionais de saúde.

A concepção dos enfermeiros sobre a integralidade e o processo saúde doença mental é visto nas falas das colaboradoras. Para a efetivação dessa “bandeira de luta” (MATTOS, 2001), é mister que haja uma articulação de práticas e saberes para a promoção da saúde ao usuário, entendendo que as articulações das ações devem ser realizadas por cada profissional, para que o conjunto de saberes sejam implementados na ESF e isso acontece pelo trabalho em equipe. Mas para essas ações serem implementadas é imprescindível que haja profissional suficiente e, como diz *Lisianto*, é preciso querer fazer.

Trabalhar a integralidade nas Unidades de Saúde da Família parece um sonho a ser concretizado e não uma meta a ser alcançada. Apesar do interesse da política nacional de

saúde mental, na municipalização das ações de saúde mental na comunidade, o que se observa é que a implementação desse interesse não é atingido devido a desarticulação entre a rede de cuidados em saúde, especificamente, a saúde mental.

Eixo 2: Integralidade na Organização dos serviços de saúde

Conforme Mattos (2001, p. 57) as equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais sob o ponto de vista exclusivo de sua inclusão específica nos programas do ministério. Ainda acrescenta, que não é cabível que os serviços de saúde “estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população. [...] devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a que atendem.

Nas unidades de Saúde da Família, a organização dos serviços se dá pela demanda programada ao atendimento à população. As práticas dos profissionais obedecem ao calendário da semana referente ao programa do Ministério da Saúde: dia para gestante, para CD, para o preventivo. Não que essa organização esteja de todo errada, afinal, viabiliza o processo de trabalho, mas pode romper com a integralidade a partir do momento em que outras necessidades da população não são atendidas, porque só há atendimento para aqueles cadastrados ou que fazem parte daquele determinado programa. É preciso que cada equipe planeje a sua organização de trabalho de acordo com as necessidades e demandas da população.

Intersetorialidade das ações e organização da rede

Quando indagadas sobre a possibilidade de um atendimento integral ao usuário com transtorno mental, as colaboradoras afirmaram que há essa possibilidade, desde que exista um contingente maior de profissionais que articulem suas ações para que a integralidade possa ser efetivada.

Eu acho que a equipe do PSF junto com a equipe de psicólogos e outros profissionais, de assistente social e tudo mais, a gente tem condições de fazer a nossa parte na unidade básica. E a gente está agora tentando uma organização, está no nosso planejamento do ano, que a gente fez planejamento local. É a gente começar a trabalhar a questão da saúde mental dessa forma. Como a gente trabalha as outras questões, priorizar isso! (Tulipa).

É [...] eu acho que sim. Sendo que a gente tenha além do que a gente faz na unidade, ter o apoio em atendimento secundários com psicólogos, clínicas psiquiatras. Os atendimentos que a gente sabe que são muito bons, os CAPS. Os CAPS realmente têm um atendimento muito bom que reabilita as pessoas, dependendo do seu transtorno, são reabilitados. (Lírio)

A gente não tem apoio. Não dá para você trabalhar saúde mental sem ter equipe não. Só coisas isoladas sem ter o que oferecer não dá certo não (Girassol)

Eu acho sim. [acredita no atendimento integral ao usuário com doença mental] Porque senão para que serve a Estratégia de Saúde da Família? se a gente trabalha com a prevenção e promoção da saúde? seria como se eu não acreditasse no meu trabalho. Então a gente almeja que treine a gente, treine os médicos e nós, enfermeiras, treine mesmo. E que a rede veja esse problema. (Gérbera)

Machado et al. (2007) refere que os profissionais de saúde despertaram interesse crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico. Nas próprias falas podemos observar que as enfermeiras têm uma visão ampliada de saúde, no que concerne ao atendimento ao doente mental. Novamente nos deparamos com a questão do “apoio”, com a questão da equipe multiprofissional.

Tanaka e Ribeiro (2006) colocam que a reorganização dos serviços pode auxiliar bastante o médico na atenção básica no trabalho de detecção precoce de problemas de saúde mental através da aproximação de profissionais especializados, na qual, pode enriquecer a prática diária tanto na forma de uma equipe multiprofissional, atuando diretamente no atendimento, como na forma de apoio para discussão de casos. Peduzzi (2007) acrescenta que o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, simultaneamente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos membros da equipe.

Cecílio (2001, p. 116) adota a idéia de que a integralidade precisa ser trabalhada em diversas dimensões, em uma primeira dimensão; “a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Sabe-se que o Caps ocupou lugar de destaque na reorganização da

assistência em saúde mental, inclusive na desconstrução de conceitos relacionados à periculosidade do louco, rompendo com as formas de tratamento e trazendo a equipe multiprofissional como foco de cuidado. Mas, por outro lado, não se investiu muito na rede básica para que ela acompanhasse os progressos que a saúde mental teve na transformação do modelo manicomial para a reorganização assistencial.

Desse modo, algumas colaboradoras relatam que não há profissionais suficientes para atenderem a esses usuários e nos próprios CAPS não existe vaga.

A gente sabe que existe [...] Aí o que falam prá gente [...] Que o CAPS não tem psiquiatra suficiente na rede, não tem. E que lá está super lotado, não tem como encaminhar. A gente está agora com o paciente que ele não come e nem quer comer. A mãe totalmente nervosa [...] Outro dia chegou aqui brigando e a gente já foi lá fez a visita. Até assim [...] Horrível o jeito dele. Ele não conversa, não dialoga. Ele é um paciente que era para estar no CAPS. Mas assim [...] Não tem vaga. A gente já tentou várias vezes e não conseguiu. (Gérbera)

Só que para você conseguir uma vaga no CAPS, é um absurdo! E a questão do transtorno mental quando a crise acontece a única opção que a população tem é chamar a polícia para ir para o Hospital João Machado, sabe?! A SAMU não tem uma atenção especializada para o doente mental, os CAPS estão super lotados, as equipes dos CAPS são esvaziadas porque não existe incentivo. (Tulipa)

Então tem N situações que devem também ser analisadas e precisam de um apoio intersetorial que às vezes esse apoio é difícil. Muito difícil. Eu pelo menos nunca procurei, por quê? Porque devido a falta de treinamento da gente. O acesso difícil do paciente e também as dificuldades que a unidade está enfrentando por falta de profissional. Por exemplo, a minha equipe não tem médico, entendeu? A dificuldade já começa na base. (Copo de Leite)

Segundo Costa (2004), os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, instigar sua integração social e familiar, aprová-los em suas iniciativas de busca da autonomia, prestar-lhes atendimento médico e psicológico. A característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se amplia a vida cotidiana de usuários e familiares.

De acordo com as falas, observa-se que as colaboradoras demonstram conhecimento dessa integração social e familiar que o CAPS proporciona, mas a falta de vagas nessas instituições faz com que os profissionais sentem-se impotentes, pois não tendo como

encaminhar esse usuário, os profissionais não têm treinamento para lidar com ele na própria comunidade. Outro aspecto que chama atenção é a própria falta de atenção especializada do Serviço Ambulatório Móvel de Urgência (SAMU) para atender a esses usuários.

É preciso que haja uma reorganização das redes de serviço, uma interação de todos os serviços que lidem com o portador de transtorno mental, além de uma melhor articulação ESF-CAPS para promover educação em saúde para essa população, mostrando que há outras formas de prestar cuidado ao usuário que não seja “despachando para o João Machado”. Mas não se pode realizar essa educação em saúde se os profissionais não têm este entendimento sobre a integralidade das ações em saúde mental.

A rede de atenção à saúde precisa sair da sua bolha teórica e começar a construir campos de saberes, com troca de experiências, idéias que viabilizem o acesso prático do portador à unidade de saúde, aos serviços substitutivos e aos próprios enfermeiros. Para isto acontecer, é preciso que haja uma intersetorialidade das ações, da gestão com as unidades de saúde, é preciso haver um planejamento melhor das necessidades da população.

Nas falas de *Tulipa e Gérbera*, pode-se observar que está se tentando esse tipo de reorganização do serviço para beneficiar o portador de transtorno mental.

Então [...] A gente da secretaria aqui do distrito estamos criando uma ficha de saúde mental para poder implantar como [...] Fazer o cadastramento e implantar. Então [...] A gente acompanha os pacientes que a gente encaminha para os centros de referência que tem os CAPS. (Tulipa)

Agora a gente lembrar assim, que a gente é PSF e do nosso planejamento que a gente fez agora em junho, está todo assim [...] treinamento para os profissionais. Porque a gente sentou para saber o que vai fazer com o paciente com transtorno mental. E a gente está aguardando. Foi mandado para o distrito e até para haver essa integração melhor. (Gérbera)

Ao fazer uma retrospectiva sobre os serviços oferecidos para o doente mental, a gestão reforça a importância da atenção básica para a sua reabilitação.

A gente precisava dar uma resposta mais imediata para aqueles pacientes que estão precisando de alguma coisa e tinham só que ter hospital como centro para o tratamento. Não havia nada. Então a gente começou pelo CAPS, mas gradativamente a gente foi se dando conta de que hoje a prioridade [...] que se a saúde mental quiser realmente se integrar no sistema de saúde tem que seguir a

atenção básica. Não existe outra forma senão ela vai continuar a ser estigmatizada, tendo sempre um lugarzinho para tratar o doente mental. Então hoje a nossa idéia central é de reforçar a idéia de que a saúde mental tem que entrar na atenção básica também. (Antúrio)

Sobre essa questão do planejamento para viabilizar ações para o portador de transtorno mental, *Girassol*, acrescenta:

[...] Eu participei no ano passado... No final do ano passado, em dezembro, de uma reunião no CAPS que era com a equipe de saúde mental, inclusive o coordenador estava lá. Tinha um projeto pra dar apoio às unidades. Inclusive [...] Tinha até um termozinho que eles utilizavam prá..é... Eles diziam que iam fazer uma...Equipe matricial[...] é. Nunca apareceu aqui essa equipe matricial. Eu achei interessante pelo projeto, mas realmente não funciona. Pelo menos aqui nunca veio.Então assim[...]a questão de planejamento no papel é muito bonito e com certeza deve ter[...].(Girassol)

Se pensou pela secretaria de saúde em ter um apoio matricial..onde a gente pegava alguns casos e seria uma equipe da secretaria discutindo essa questão.De repente seria uma vivência melhor, uma experiência para a gente poder estar lidando com o paciente de transtorno mental.Porque muitos profissionais não tem uma capacitação pra isso.E até agora não foi implantado..hoje, sinceramente, eu não sinto a equipe de saúde da família capacitada para esse tipo de atendimento. (Cravo).

Figueiredo (2006, p. 30) relata que o apoio matricial da saúde mental seria o apoio técnico especializado, em que conhecimentos e ações, inerentes à área *psi*, são oferecidos aos demais profissionais de saúde de uma equipe. Acrescenta que é um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, “invenções e experimentações possibilitando a equipe a ampliar sua clínica e sua escuta, acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários”.

De acordo com documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p. 80), ao conceituar equipe matricial, afirma:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da

Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Pensar na ESF, como reorientação do modelo assistencial, sinaliza o rompimento com práticas convencionais de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são inovações verificadas no PSF (ALVES, 2005).

O apoio matricial às equipes nas unidades de saúde da família constitui uma nova adoção no processo de trabalho frente as práticas voltadas para a medicalização, a distância entre o enfermeiro e portador com transtorno mental. A equipe matricial para os profissionais seria um guia para o descobrimento de novas abordagens que garantissem a humanização das práticas para a equipe de saúde e a população. Através do conhecimento compartilhado dos profissionais **matriciais** com os trabalhadores da unidade, poder-se-ia encontrar meios de intervenções conjuntas, na qual a valorização do sujeito e a participação do usuário fossem incorporadas para que a integralidade dos usuários, até então, sonhada, fosse concretizada.

Pensar no apoio matricial na ESF é pensar em articulação, compartilhamento de saberes e práticas associados ao compromisso e responsabilidade esperado pelos profissionais das unidades de saúde da família. Para isso acontecer, deve haver um envolvimento de todos, e que as diferenças de pensamento sejam discutidas, visando a elaboração de um planejamento voltado para a organização do serviço e, assim, poder iniciar as atividades direcionadas para o portador de transtorno mental.

A intersetorialidade das ações e a organização da rede são parte fundamental para que a integralidade seja possível de ser alcançada. Como diz Cecilio (2001, p. 118) “por isso é necessário pensar o sistema de saúde menos como “pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes”.

Eixo 3: Integralidade nas respostas governamentais

A categoria que emergiu desse eixo norteador foi relacionado à gestão, contemplando a visão da enfermeira e do gestor sobre as respostas governamentais relacionados ao SUS, integralidade à ESF.

Mattos (2001, p. 60) chama a atenção para o sentido da integralidade aplicável às respostas governamentais na saúde, abordando em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e as ações voltadas à assistência. Para o mesmo autor a idéia de integralidade “expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais”.

Quanto à gestão local...

Para que a integralidade seja vista e compreendida na USF é preciso que haja uma articulação dos três eixos norteadores descritos durante essa pequena análise. É preciso pensar na saúde como uma rede de possibilidade e não como uma verticalização a ser seguida. A gestão consiste em parte fundamental nessa rede de cuidados, pois é através dela que as ações são implementadas nas práticas dos profissionais e na organização dos serviços.

A gestão não pode ser dissociada de uma visão macropolítica. As falas de *Heliconia* nos mostram a preocupação pela constatação prática de que a gestão local não está articulada com essa visão ampliada da saúde.

[...] Eu acho que hoje a gente sofre o maior sofrimento de trabalhar na saúde da família não é nem com a Estratégia em si, porque a estratégia em si até para você trabalhar com todas as situações sabe? Ela dá caminhos, ela dá meios, ela dá exemplos, entendeu? As publicações do próprio ministério como o PSF [articulam] deve-se trabalhar a questão da saúde mental, são ótimos. Agora assim, eu acho que o maior sofrimento que a gente vê esse desenho todo dessa estratégia, de como foi se alastrando pelo País, como foi se consolidando não acompanhou a gestão, uma gestão com qualidade. Com qualidade técnica, administrativa, rápida, desburocratizada para lidar com a necessidade, com o pulo do gato que seria essa estratégia. (Heliconia)

Permanece aquela coisa burocrática, onde eu não sei de nada...olha, eu cuido do dinheiro e não sei nem o que é o SUS? Não senhor! Você é gerente financeiro do SUS você tem que saber o que é o SUS, entendeu? Mas isso não acontece. Nós estamos vivenciando ao nível local uma situação semelhante a essa. Onde as pessoas vêm ao serviço quando querem, faltam do jeito que querem, entendeu?

Passa por situações em que também o estresse, o ritmo de trabalho, desencanto... porque não se faz[uma supervisão][...] a gestão é que está preocupado com a questão institucional, a questão do ponto de vista da legalidade, do que é a lei, do que é direito, do que é dever do servidor, mas também, dessa questão do componente humano que somos.(Heliconia)

Heckert e Neves (2007, p. 87) ressaltam que um dos desafios enfrentados no dia-a-dia das práticas de saúde está nos modos verticalizados de gestão e na desagregação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e modelos de gestão (modos de gestão). Tal separação tem confirmado práticas que concebem a gestão como reduzida à administração do sistema de saúde e centrada na figura do gestor. Carvalho e Cunha (2006) corroboram afirmando que é preciso alternativas organizacionais que tenham em comum a busca de superação de uma determinada tradição gerencial tendo como eixo a “redução de pessoas à condição de instrumentos dóceis sujeitos aos objetivos das instituições de saúde, transformando-os em insumos ou em objetos”.

A inclusão das ações de saúde mental na ESF depende de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento e operacionalização dessas ações, mas seguindo os princípios do SUS como a descentralização e a integralidade. Na fala de Girassol constata-se que a gestão local ainda está bastante centralizada.

Eu acho que as pessoas [...] Assim [...] Pelas diretrizes do SUS a gente tem que descentralizar as coisas e essa administração centraliza muito. Centraliza muito. As pessoas estão tendo que sair daqui para outros cantos para resolver seus problemas e não é assim. (Girassol)

O processo de trabalho do PSF deve estar relacionado à existência de profissionais que tenham consciência da importância do papel de agente transformador (GOMES; PINHEIRO, 2005). Porém, há que se considerar que esse papel de agente transformador deve ampliar também a gestão para criar vínculos com os profissionais e usuários, estabelecendo relação de confiança e compromisso.

Segundo Carvalho e Cunha (2006) é preciso experimentar novas formas de gerir e organizar instituições de saúde com o objetivo de superar as práticas tradicionais de administração do setor que buscam de diferentes maneiras reduzir os trabalhadores em saúde à condição de recursos e de instrumentos dóceis aos objetivos dos dirigentes.

De acordo com *Antúrio*, a saúde mental vem dando respostas, mas é fundamental que as equipes assumam seu papel na saúde mental.

As equipes de PSF têm que assumir também saúde mental. Então a gente começou desde o ano passado começou com oficinas para poder incluir os indicadores para essas oficinas. A finalidade é organizar o PSF para colher informações para nossos indicadores de saúde mental. Nós somos o único estado do Brasil a criar indicadores de saúde mental. Nós criamos três: relativo ao uso de benzodiazepínicos, relativo ao alcoolismo e se realmente as equipes de PSF quando necessitam encaminham pacientes para CAPS.(Antúrio)

Na fala de *Gérbera*, através da articulação do serviço com a secretaria, as enfermeiras notam que não havia ações voltadas para a saúde mental em sua unidade.

[...] A gente fez agora uma avaliação da Estratégia de Saúde da Família, que é chamada de AMQ, avaliação de monitoramento e o que a gente viu foi que não existe nenhum trabalho em relação ao doente mental em relação a Estratégia de Saúde da Família. E quando a gente foi começar a fazer a programação, o nosso planejamento local foi que a gente viu que nós funcionários não somos treinados para isso.(Gérbera)

Apesar de saber que não existe trabalho voltado para a assistência do usuário com transtorno mental, a falta de treinamento torna-se um obstáculo para qualquer iniciativa. Na visão macroestrutural, quanto à organização e gestão dos serviços de saúde, em relação à capacitação foi constatado na pesquisa que o Estado vem desenvolvendo treinamentos voltados para os profissionais da rede básica, como evidencia *Antúrio*:

[...] Como nosso objetivo maior realmente era gradativamente mudando a lógica manicomial, a gente acha que não tem mais como em pleno século XXI ainda ter convivência com uma lógica manicomial. Então, tendo em vista essa nossa meta maior era extinguir a lógica manicomial, agente tinha então que começar a oferecer serviços substitutivos e foi quando começou uma ampliação muito grande de CAPS para o interior do Estado, que não existia praticamente. [...] Então a gente ampliou e dobrou muito esses CAPS. Hoje nós temos no Estado 23. Quando nós entramos havia somente 12. Hoje nós temos 23 CAPS.(Antúrio)

Ceccim e Ferla (2007) afirmam que os profissionais de saúde e os gestores precisam adotar posturas criativas e arriscadas de desenhar serviços apontados para as necessidades dos usuários e não no cumprimento de pacotes epidemiológicos. Através da fala de *Antúrio*, é inegável que houve um aumento do número de CAPS no Estado, mas é preciso fornecer aos

profissionais de saúde subsídios para acompanhar esse crescimento. Heckert e Neves (2007, p. 146) acrescentam que o cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é fundamental na construção de processos de formação que busquem enfrentar obstáculos na concretização do SUS, e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. Os autores ressaltam ainda:

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos. Contudo, se apostarmos em movimentos de mudança nas práticas vigentes no SUS, tal processo somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários. É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais.

Carvalho e Cunha (2006) corroboram com Ceccim e Ferla (2007) e com Heckert e Neves (2007) afirmando que a gestão do cotidiano em saúde é um terreno de produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde. É preciso sugerir ferramentas conceituais e operativas que busquem intervir sobre o processo de trabalho em saúde e valorizar o papel das relações intersubjetivas no cotidiano do fazer/pensar saúde.

A gestão em saúde precisa problematizar as ações para, a partir disso, articular saberes e práticas entre os profissionais que compõem a ESF. Em relação aos enfermeiros, essa articulação torna-se ainda mais urgente uma vez que a comunicação entre ambos é chave fundamental para a produção do cuidado ao portador de transtorno mental. Não basta só *pensar* em saúde é preciso *fazer*. Como a proposta da ESF é o trabalho em equipe, é necessário que a gestão e os profissionais pensem e façam juntos! A partir do momento em que o pensar/fazer entre os gestores e profissionais estejam com o objetivo de mudar os modos de cuidar e de gerir, ter-se-á a comprovação de que a integralidade em saúde é uma bandeira de luta (MATTOS, 2001) a ser seguida e conquistada e não só uma palavra escrita a ser lida e imaginada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que mata um jardim é esse olhar vazio de quem por ele passa indiferente” (Mário Quintana)

Este estudo teve como pretensão investigar as concepções e práticas dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o portador de transtorno mental. Estudar essa temática foi algo complexo, uma vez que a discussão sobre a integralidade na atenção ao usuário com transtorno mental na rede básica envolve uma gama de conceitos e práticas em grande parte. Para o estudo, foi utilizado o referencial teórico de Mattos (2001) por entender que os sentidos da integralidade relatados pelo autor contemplam de forma pertinente o enfoque do estudo. Os três eixos temáticos abordados na análise, foram contemplados nas considerações finais como possibilidades, desafios e sugestões ao portador de transtorno mental na ESF.

A reinserção do portador de transtorno mental na comunidade é o grande desafio para os profissionais de saúde, especificamente para os enfermeiros. A formação profissional na graduação e a falta de cursos de capacitação durante o exercício da profissão emergem como desafios para a não- realização de um trabalho assistencial para estes usuários. A reprodução da transcrição de receitas sem avaliação é prática constante nos serviços de saúde do estudo e que por parte de alguns profissionais continua sendo a tentativa de acalmar, sedar o usuário. Para outros, há o sentimento de impotência por não conseguir mudar essa forma de ação.

A repetição de receitas confabula com a falta de acompanhamento dos familiares e dos profissionais da ESF que dificulta ainda mais a inserção desse usuário no seu território. O fato é que, quando não há acompanhamento, não há acolhimento, não há vínculo e os usuários continuam abandonados, ou dentro da própria estrutura familiar, ou jogados nas ruas sob a dependência de ajuda de vizinhos. O não- acompanhamento a esses usuários afasta do profissional de saúde a oportunidade de manter laços afetivos, de confiabilidade e sensibilidade para a intervenção de um processo terapêutico eficaz e com resolutividade. O processo terapêutico não se refere somente ao acompanhamento medicamentoso, mas ao lazer, à vida desse usuário e da família.

A visita domiciliar, como ação importante na ESF, vem sendo pouco desenvolvida pelas enfermeiras, a não ser quando em uma situação de crise. É preciso realizar ações extramuros, e, principalmente, derrubar os muros das mentes, dos corações. É preciso derrubar as paredes do preconceito, do comodismo, caso contrário, os profissionais de saúde estarão reproduzindo práticas sem senso crítico, sem estar se preocupando com a produção do cuidado, com a integralidade do usuário. Afinal, como diz o músico Geraldo Vandré: “quem sabe faz a hora, não espera acontecer”. Se os enfermeiros não vivenciam esse contato, o vínculo, eles não têm como buscar subsídios para que esses usuários exerçam, de fato, a sua cidadania.

Neste estudo, emergiram possibilidades e desafios para a efetivação da integralidade na atenção básica, quanto ao atendimento dos transtornos mentais e dos seus potenciais e efetivos portadores. Como possibilidades, observaram-se:

1. A consciência por parte das enfermeiras de que a repetição da transcrição de receitas não deve ser uma única prática corrente desenvolvida junto ao portador de transtorno mental e que é necessário ser realizada uma avaliação para o controle dos psicotrópicos e de seus usuários. Essa sensibilidade manifestada pelas enfermeiras, a indignação sincera de algumas, percebidas durante as entrevistas, emerge como uma luz no fundo do túnel, como potencialidade a ser canalizada através do investimento em qualificação desses profissionais com simultânea implementação de protocolos de atendimentos que contemplem ações voltadas para a promoção e prevenção, assim como para a assistência e imediata e acompanhamento nos casos de transtornos mentais.
2. O desenvolvimento de atividades voltadas para essa população, mesmo que inicialmente, seja apenas o cadastramento desses usuários, pode se considerar como uma iniciativa louvável e deve ser incentivada e destacada como uma experiência do estado do RN ;
3. Considerando-se que o trabalho em equipe é fundamental na atenção ao portador de transtorno mental, constata-se que, na ESF, essa possibilidade de trabalho, na verdade, já existe enquanto estrutura, embora ainda não ocorra de fato como deveria ser. Daí, a necessidade de se investir em atividades e cursos voltados para atuação

multiprofissional. Essa, com certeza, é uma forma de *não passar indiferente por aquele jardim!* ...

4. Não foram observadas nas entrevistas com as colaboradoras ações voltadas para o portador de transtorno mental. Há a consciência de que é fundamental fazer um trabalho, mas as enfermeiras referem, como dificuldade, a falta de capacitação relacionada à saúde mental e à ausência de uma equipe matricial que forneça suporte à Unidade de Saúde da Família. As colaboradoras ressaltam a importância do CAPS na reabilitação dos usuários mas encontram dificuldades no encaminhamento, ou por não ter conhecimento de funcionamento e operacionalização do CAPS ou pela questão da falta de vaga.

Como desafios para a saúde mental na ESF, constatou-se:

- A equipe de saúde da família tem poucos treinamentos voltados para o transtorno mental, o que maximiza as barreiras para as enfermeiras não realizarem ações voltadas para essa população.
- É preciso haver qualificação profissional em todos os níveis de atenção que interagem com essa população, não esquecendo de ações articuladas de promoção, em nível de políticas públicas e prevenção em parcerias entre a USF e as escolas e entidades do bairro.
- Um dos principais desafios para todos que lutam por uma atenção integral à saúde do portador de transtornos mentais é conseguir mudar a forma de acolhimento e encaminhamento desse portador em seus momentos de crise. Quando o mesmo necessita de cuidados pré-hospitalares, para a sua admissão em serviços de urgência psiquiátrica, o que se constata, tristemente, e que corresponde a uma das principais queixas de familiares desses portadores e muitos profissionais mais sensibilizados, é que quem os leva para esses serviços é o **camburão da polícia**. Vale indagar-se: se o SAMU é um serviço de urgência pré-hospitalar, por que também não se responsabiliza por esse tipo de urgência? Se é uma questão de necessidade de treinamento dos seus profissionais, que seja feito esse treinamento com urgência.
- Urge a implementação e manutenção de uma equipe matricial nessa rede de cuidados para prestar apoio à USF.

- Há que se investir no aprimoramento da comunicação entre a gestão e as equipes, visando garantir a viabilização de meios de intervenção aos usuários com transtorno mental.
- Acima de tudo, não esquecer que, em qualquer circunstância, a conversa, o diálogo, o acompanhamento são imprescindíveis para a reabilitação desse usuário.

- A finalidade em desenvolver uma pesquisa como esta é dar um retorno, não só a comunidade científica, mas principalmente à comunidade estudada, aos usuários com transtorno mental, aos seus familiares e à equipe de profissionais da ESF. A partir disso, registram-se aqui algumas sugestões que poderão contribuir na viabilização dessa rede de cuidados, tais como:
 - Realizar oficinas de acolhimento entre todos os profissionais, para que se conheça o trabalho que cada um realiza na USF juntamente com a gestão. Nesse primeiro momento, seria uma questão de apresentação pessoal, conhecer o outro e socializar processos de trabalhos em suas parcelas que poderiam e deveriam ser compartilhados.
 - Realizar *rodas de conversas* entre os profissionais da unidade com o objetivo de buscar subsídios para a implementação de atividades para o portador de transtorno mental levando esse planejamento até a gestão, ou seja, a Secretaria de Saúde. Vale destacar a necessidade de envolver as lideranças locais e representantes de familiares dos portadores, como forma de controle social nesses processos. Da mesma forma, é possível envolver os órgãos formadores.
 - Promover o funcionamento da equipe matricial para oferecer apoio à Unidade de Saúde da Família.
 - Realizar em nível central, o cadastramento desses usuários para, a partir disso, planejar as ações de acordo com a demanda e necessidade de cada território.
 - Avaliar, através dos indicadores criados pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, a sistematização de distribuição de psicotrópicos (ANEXO C e D). Deveria ser realizado um verdadeiro monitoramento dessa terapêutica medicamentosa, acompanhando os seus usuários, com sua respectiva ficha de controle da ação dessa medicação. Essa estratégia é imprescindível como concepção de ação política da gestão estadual, em consonância com as diretrizes nacionais da política de saúde

mental no país. Vale destacar, também, a importância de ampliação das discussões em todos os níveis de atuação profissional, considerando a necessidade de desconstrução da prática atual de medicalização da sociedade, objeto de estudos e reflexões no estado e no país.

Sabe-se que há flores que têm espinhos mas, ao passear pelo jardim, encontram-se, nelas, também, a beleza e o aroma que fazem com que a caminhada se torne mais amena. Os espinhos existem! Mas o caminho da integralidade é também trilhado pela vontade de *fazer* diferente. E quem disse que as transformações que acontecem na vida e na saúde não perpassam por espinhos? É preciso acreditar na mudança das práticas e na articulação dos saberes.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 221 – 240

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995a.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-494, 1995b.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ARAÚJO, Carla Luzia França. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 147- 170

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de. Prática Profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Política e Trabalho**, João Pessoa, ano 19, n.19, p.115-127, 2003.

AUCHEWSKI, Luciana; ANDREATÍNI, Roberto; GALDURÓZ, José Carlos; LACERDA, Roseli Boerngen. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**.v..26, n.1, p.24-31, 2004.

BARRETO, Lima. **O cemitério dos vivos**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004.

BANDEIRA, Marina; CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; VARELLA, André Augusto Borges. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n.33, p.506-214, 2005.

BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina Martins. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000. p. 133 – 170.

BONALDI, Cristiana et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ:CEPESC: ABRASCO,2007. p. 53 – 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família Brasília**, 2001a.

_____. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o dialogo necessários**. Brasília: Coordenação geral de saúde mental e Coordenação de Gestão da atenção básica, 2003. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> >. Acesso em 29 out. 2007.

_____. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001b.

_____. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informes da Atenção Básica**, ano V, n. 21, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo21.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

_____. **Distribuição de leitos psiquiátrico SUS por UF e hospitais psiquiátricos**. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pdf%20II%20Distribuicao%20dos%20Leitos%20Psiquiatricos%20SUS%20por%20UF%20e%20Hospitais%20Psiquiatricos.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS. **Informativo de Saúde mental**, ano IV, n. 18, jan. 2005b.

_____. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília, 2004.

_____. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Coordenação geral de saúde mental e Coordenação de Gestão da atenção básica. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> >. Acesso em 29 out. 2007.

_____. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004a.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília, 1997a.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997b.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005a.

_____. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção - Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

_____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, 2005b.

BUCHELE, Fátima et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare enfermagem**, v.3, n.11, p.226-33, set/dez. 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARVALHO, Lúcia de; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v.8, n.15, p.37-64, jan./jul. 2003.

CARVALHO, Sergio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837 – 868.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. **Saúde Loucura** 7, São Paulo, n.1, p.121-135, 2000.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 000 – 000.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 000 – 000.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.2, p.197-205, 2004.

COSTA, Humberto. Os CAPS e democratização do acesso em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p.12-25, maio /ago. 2001.

DELGADO, Pedro Gabriel et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feio; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2007. p. 39-85.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de Saúde da Família. **Mental**, Barbacena, ano III, n.5, p.33-42, nov. 2005.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). O sofrimento psíquico e a psicopatologia. In: _____. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.73-168.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **A saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS. 2006.141f.(Dissertação) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

FOULCAULT, Michael. **História da Loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo. O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-48.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 9, n.17, p. 287-301, mar. / ago. 2005.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GLINA, Débora Miriam Raab et al. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 17, p. 607-616, 2001.

GUEDES JUNIOR, Roberto; GUIMARÃES, Sueni Gomes. O tripé da assistência do enfermeiro de PSF ao portador de transtorno mental: equipe, família e comunidade. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, v.2, n.1, p-181-194, 2007.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de; SAEKI, Toyoko; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, v. 5, n. 8, p. 5-11, 2001.

HECKERT, Ana Lucia C.; NEVES, Cláudia Abbês Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO,2007. p. 145 – 177.

LINO, Maria Aparecida. **A convivência de pessoas com transtorno mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 2006. 79f. (Dissertação) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MACHADO, Kátia. Como anda a reforma psiquiátrica? **Radis comunicação em saúde**, n. 38, p.11-19, out. 2005.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. Os Cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: MARSIGLIA, Regina Giffoni (Org.). **Saúde Mental e Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Mandacaru, 1987. p. 13 – 28.

MATTOS, Rubem Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 20, p.1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

_____. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 129 – 141.

MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p.571-579, 2002.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. O consumo de Benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas**, v.1, n.2, 2007. Disponível em: < <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 27 ago. 2007.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino do; BRAGA, Violante Augusta Batista. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE. **Cogitare Enfermagem**, n.3, v.1, p. 84-93, 2004.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NOTO, Ana Regina et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 2, n. 24, p. 68-73, 2002.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluência e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; VIEIRA, Marcos Antonio Moura; ANDRADE, Socorro de Maria Ribeiro. **Saúde mental na saúde da família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. Mulheres e o medicamento de cada dia. In: SOUZA, Angela Maria Alves; BRAGA, Violante Augusta Batista; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira (Orgs.). **Saúde, Saúde Mental e suas Interfaces**. Fortaleza (CE): UFC, 2002. p. 151 – 158.

OLIVEIRA, Márcia A. Ferreira; COLVERO, Luciana de Almeida. A saúde Mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001. p.198-201.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Suíça, 2001.

PAIVA, Ilana Lemos de. **Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. 2003. 165f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-58. maio / ago. 2004.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. . p. 161 – 177.

PESSOA, Michelli. **RN é destaque em expansão e cobertura do CAPS**. Disponível em <<http://www.rn.gov.br/sistemnoticias/noticias.asp?idnoticia=10784>>. Acesso em: 27 mar. 2007.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 09 – 36.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 633-640, out. / dez. 2004.

PITTA, Ana. Apresentação. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.09.

RIO GRANDE DO NORTE. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **Percentual da população coberta pela saúde da família: segundo ano de implantação**. Natal/RN. 2004. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/saude/index.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Santa Cruz do Sul (SC): EDUNISC, 2006.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 543-50, out. / dez. 2004.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000. p. 15 – 74.

ROSA, Lúcia Cristina Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, Benedito. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13 – 29.

SCÓZ, Tânia Mara Xavier; FENILI, Rosangela Maria. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 71-77, 2003.

SENTONE, Andreza Daher Delfino; GONÇALVES, Aurora Aparecida Fernandes. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Semina - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 23, p. 33-38, 2002.

SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2000.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 115 –130.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul. / ago. 2005.

SILVEIRA, Marília Rezende da; ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de saúde mental - o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 645-51, set. / out. 2003.

SOUSA, Khívia Kiss Barbosa de.; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira Ferreira.; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. A práxis do enfermeiros no Programa Saúde da Família na atenção à saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n.2, 2004.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria da Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 123-7.

SUCAR, Douglas Dogol. **Nas origens da psiquiatria social no Brasil**: um corte através da história da psiquiatria no Rio Grande do Norte. Natal: Clima, 1993.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Caderno Saúde Pública*, v.22, n. 9, p.1845-1853, set. 2006.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 91 – 114.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n.1, p. 25-59, jan. / abr. 2002.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.61-76, jan./jun. 2006.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TRAVERSO YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80-88, fev. 2004

VASCONCELOS, Lenita P.de et al. **Educação em Saúde e a Reforma Sanitária:** subsídios para discussão. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/temp/forumIntersectorial/textos/Feinvisa/Feinvisa/Oficina%2010%20-%20Texto%201%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.doc>>. Acesso em: 01 jan. 2007.

VECCHIA, Marcelo Dalla. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família:** estudo sobre as práticas e significações de uma equipe. 2006. 95f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo, 2006.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p.159-168, 2006.

VENETIKIDES, Cristiane Honório et al. Saúde Mental: mais atenção para quem precisa. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3. **Caderno de textos**. Brasília, 2001.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista Para os Profissionais de Enfermagem

Iniciais do Nome: _____ Codinome: _____

Tempo de Serviço na ESF: _____

Tempo de serviço na Unidade de Saúde: _____

Tempo de formada: _____

Questionamentos:

- 1) Na Unidade que você trabalha, há serviços oferecidos para usuários com transtorno mental?
- 2) Caso haja serviços oferecidos, como foi a implantação de atividades para o portador de transtorno mental?
- 3) Você já participou de algum treinamento ou capacitação sobre transtorno mental desde a sua entrada na ESF?
- 4) O que você entende por Integralidade em saúde?
- 5) Na sua prática profissional você acha que é possível um atendimento integral ao usuário com transtorno mental?

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Para o Coordenador de Saúde Mental.

Iniciais do Nome: _____ Codinome: _____

Tempo no Cargo: _____

Formação acadêmica: _____

Questionamentos:

- 1) De que forma as políticas de saúde mental estão sendo implementadas no Município e quais as atividades desenvolvidas?
- 2) Em Natal há apoio de equipes matriciais para a atenção básica?
- 3) Quais as dificuldades encontradas para a efetivação das políticas de saúde mental em Natal?
- 4) Em relação aos profissionais da saúde, especificamente a enfermagem, há treinamentos e/ou capacitações sobre a saúde mental para esses trabalhadores?
- 5) Em sua opinião, é possível um atendimento integral para o portador de transtorno mental que procura a unidade de saúde?

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo tem por título **“Saúde Mental e enfermagem: em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, tem por objetivo analisar as concepções e as práticas da equipe de enfermagem acerca da atenção ao doente mental na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da integralidade em saúde. Este é um tema importante por haver poucos estudos sobre esse assunto no Rio Grande do Norte.

Para a realização da pesquisa será utilizada a entrevista individual com roteiro, a qual será gravada. Os riscos para as participantes desta pesquisa serão mínimos, e os benefícios serão bem maiores uma vez que os resultados poderão contribuir para práticas de enfermagem em saúde mental na Cidade de Natal-RN.

Ressaltamos que a sua participação é voluntária, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, tendo o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, além de desistir em qualquer etapa sem penalidades ou prejuízos; havendo necessidade de ressarcimento, a pesquisadora se responsabiliza por possíveis custos solicitados pelas participantes da pesquisa. Havendo algum dano causado pela pesquisa você será indenizado desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados para fins científicos, e as pesquisadoras reafirmam o compromisso em manter o sigilo e o anonimato de todas as participantes.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Laiane Medeiros Ribeiro, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, professora substituta da Escola de Enfermagem de Natal, desta Universidade e bolsista do CNPq, e da Prof^a Dr^a Soraya Maria de Medeiros, membro da Base de intitulada Enfermagem nos Serviços de Saúde.

Se você tiver dúvidas em relação à pesquisa, poderá chamar a pesquisadora no endereço Escola de Enfermagem de Natal, Campus Universitário Lagoa Nova, Natal/RN, pelo telefone 3215-3774 e ainda pelo e-mail lainharibeiro@yahoo.com.br. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa/UFRN pelo telefone 3215-3135. Endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, CEP 59072-970. E, no endereço eletrônico, www.etica.ufrn.br.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Natal, ____ de _____ de 2007.

Sujeito da pesquisa

Pesquisadora responsável

APÊNDICE D**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Natal, _____ de _____ 2006

Prezada senhora Maria Aparecida França

Venho solicitar a Vossa Senhoria permissão para coletar dados com o objetivo de realizar um Trabalho de Pesquisa intitulado: “Saúde Mental e enfermagem: em busca da integralidade na estratégia de saúde da família”. O estudo tem como objetivo central analisar as concepções e as práticas da equipe de enfermagem acerca da atenção ao doente mental na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da integralidade em saúde. A coleta de dados será realizada em três unidades do Distrito Oeste, previamente agendadas com os profissionais. As Unidades de Saúde de Cidade da Esperança, Cidade Nova e Felipe camarão misto foram escolhidos por terem sido campos de estágio da pesquisadora e a primeira por ser referência no Município. Para o registro das informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, pedirei a permissão de gravar em fitas magnéticas das quais resguardarei o sigilo e anonimato e uso de um caderno de notas para anotações pessoais do pesquisador.

Concluído a pesquisa proponho-me a disponibilizar uma copia deste estudo com a finalidade de contribuir para o estudo de saúde mental em nosso município.

Prof. Dra. Soraya Maria de Medeiros
Orientadora da pesquisa

Ao Sr.(a) Secretária Municipal de Saúde de Natal

ANEXO A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA
Rua João Pessoa, 643 – Ed. Ducal Palace Center
15º andar, salas 06/12 – Centro
Tel.: (84) 3232-8485/8487
CEP: 59.025-500

SMS

Avenida do Vozô

Secretaria Municipal de Saúde

Missão da SMS

"Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania".

OFÍCIO Nº 1354/2006-GS/SMS

NATAL (RN), 24 ABRIL DE 2006.

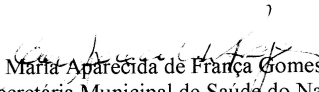
A Sua Senhoria a Senhora
Soraya Maria de Medeiros
Orientadora da Pesquisa
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação da UFRN
Nesta.

Assunto: Autorização de Pesquisa

Senhora Orientadora,

Encaminhamos em anexo, Declaração autorizando a realização de pesquisa intitulada "**Saúde e Enfermagem em busca da integralidade na estratégia de Saúde da Família**", pela Profª SORAYA MARIA DE MEDEIROS DA UFRN.

Atenciosamente,


Maria Aparecida de França Gomes
Secretária Municipal de Saúde do Natal



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DO PSF

Declaração Institucional

Declaro que a Secretaria Municipal de Saúde de Natal autoriza a realização da Pesquisa que tem como tema, **SAÚDE E ENFERMAGEM, em busca da integralidade na estratégia de saúde da família**, com o objetivo de analisar as concepções e as práticas da equipe de enfermagem acerca da atenção ao doente mental na **Estratégia Saúde da Família**. A pesquisa será realizada pela Profª Dra. **Soraya Maria de Medeiros da UFRN – Programa de Pós-Graduação**.

A pesquisa será realizada em três unidades de saúde no Distrito Oeste: **Unidade de Saúde da Cidade da Esperança, Cidade Nova e Felipe Camarão Mista**, agendadas previamente com os profissionais das mesmas.

Informo a instituição pesquisadora que a mesma deverá arcar com todas as despesas e retornar para as unidades participante o produto gerado pela pesquisa.

Natal-RN, 23 março de 2006.

pl Neuma Lúcia de Oliveira

Coordenadora do PSF

Symoni BSL Florentino
Symoni Basso F. de Oliveira Florentino
Chefe do Setor de Cuidado de Voz

ANEXO B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado
(Final)

Prot. nº	031/06 CEP-UFRN
Folha de Rosto	87664 – CAAE – 0036.0.051.000-06
Título do Projeto	Saúde Mental e Enfermagem: em busca da Integralidade na estratégia de saúde da Família
Área de Conhecimento	Enfermagem
Pesquisador(a) Responsável	Soraya Maria de Medeiros
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Instituição Colaboradora	Secretaria Municipal de Saúde de Natal; Unidades de Saúde de Guararapes, Cidade Nova, Felipe Camarão e Cidade Esperança
Finalidade	Dissertação de Mestrado de Laiane Medeiros Ribeiro
Período de Realização – Início	06/2005
Fim	09/2006
Revisão Ética	02 de junho de 2006

Relato

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de **APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**.

Recomendamos à pesquisadora responsável acrescentar ao TCLE o próprio endereço eletrônico e o do CEP-UFRN.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);


2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);

3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);

4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.42);

O formulário para relatório final encontra-se na página do CEP.

Natal, 02 de junho de 2006


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)