

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARTHA TINOCO AMARAL GOMES BARRETO

O Enfermeiro e a Inserção de Indivíduos com Transtornos Mentais na
Comunidade - Intercâmbio entre o Programa Saúde da Família (PSF) e os
Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARTHA TINOCO AMARAL GOMES BARRETO

O Enfermeiro e a Inserção de Indivíduos com Transtornos Mentais na
Comunidade - Intercâmbio entre o Programa Saúde da Família (PSF) e os
Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Miriam Garcia Leoni.

Rio de Janeiro

2008

MARTHA TINOCO AMARAL GOMES BARRETO

O Enfermeiro e a Inserção de Indivíduos com Transtornos Mentais na
Comunidade - Intercâmbio entre o Programa Saúde da Família (PSF) e os
Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Miriam Garcia Leoni
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Prof.^a Dra. Lucia de Fátima Andrade
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Prof.^a Dra. Valéria Monteiro
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Aos meus filhos, Guilherme e André, à minha mãe, Regina,
e minhas irmãs e minha sogra Eneida,
incansáveis na paciência, incentivos e apoio
para realização de meu sonho.

“Nada mais incerto e mais difícil de realizar do
que mudar a ordem das coisas” (Maquiavel)

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

- 1.1 –TEMA
- 1.2 – OBJETO
- 1.3 – PROBLEMA
- 1.4 – OBJETIVOS DO ESTUDO
- 1.5 – RELEVÂNCIA

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

- 2.1 - A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA
- 2.2 - O ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO NAS REFORMAS DA SAÚDE
- 2.3 - A ENFERMAGEM DO PSF E DO CAPS NO MUNICÍPIO DE CAMPOS
- 2.4 - A SAÚDE MENTAL NO PSF

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

- 3.1 – PRÉ-TESTE
 - 3.1.1 – ANÁLISE DO PRÉ-TESTE
- 3.2 - TIPO DA PESQUISA
- 3.3 - ABORDAGEM DA PESQUISA
- 3.4 – CENÁRIO
- 3.3 – SUJEITOS
- 3.4 – INSTRUMENTO

CAPÍTULO IV: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO E SUJESTÕES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS DO PRÉ-TESTE

APÊNDICE A – ENTREVISTA FINAL

ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ANEXO B DECLARAÇÃO DE CARACAS

RESUMO

Esta pesquisa descreve uma parte do caminho da Enfermagem nas mudanças na forma de atenção à saúde no âmbito extra-hospitalar, especificamente no que diz respeito à atenção a indivíduos portadores de transtorno mental. Teve como objetivo investigar as ações dos Enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e no Programa Saúde da Família (PSF), voltadas para a inserção desses indivíduos na comunidade. A metodologia utilizada foi qualitativa, descritiva e exploratória com a entrevista como instrumento. Foram pesquisados dez enfermeiros, sendo cinco de CAPS e cinco de PSF na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ e foram obedecidas as considerações e normas éticas para a pesquisa. Na análise do conteúdo da pesquisa constatou-se que não há ações específicas para inserção de indivíduos com transtornos mentais na comunidade, apesar de ser reconhecida pelos entrevistados como importante e necessária. Quanto à parceria entre os dois serviços, CAPS e PSF, ficou esclarecido que está baseada nas iniciativas e características pessoais dos Enfermeiros. Como sugestão foi apontada a necessidade de uma sistematização da atuação extra-hospitalar dos Enfermeiros.

Descritores: Enfermeiros, Indivíduo com Transtornos Mentais, Centros de Atenção Psicossociais e Programa Sade da Família.

1 INTRODUÇÃO

A atenção a pacientes com transtornos mentais vem marcada pelo contexto social em que eles estão inseridos. A primeira forma de diferenciar essa atenção foi realizada por Pinel ao criar os “manicômios” para melhor observação da loucura, dando a esses indivíduos a condição de doentes e não mais indivíduos moralmente inadequados e passíveis de punição. (AMARANTE, 2003)

As práticas de atenção à saúde vêm mudando de acordo com os momentos políticos enfrentados e com os movimentos dos personagens envolvidos, ou seja, com a percepção e as ações dos técnicos e usuários dos serviços.

Este trabalho descreve uma parte do caminho da Enfermagem como profissão e sua relação com as mudanças de formas de atenção à saúde, e demonstra um pouco do contexto no qual aconteceram as reformas, além de, especificamente, a atenção à clientela que utiliza os serviços de saúde mental. No primeiro momento são descritos os movimentos da Reforma Sanitária para depois serem descritos os passos da Reforma Psiquiátrica e, por último, a participação do Enfermeiro nesse contexto.

A Reforma Sanitária propôs uma reestruturação dos serviços de saúde existentes, uma vez que a atenção proporcionada à saúde não atendia à enorme camada da população. Tratava-se de um momento político importante na vida dos brasileiros, em virtude do fim do regime militar e do início da abertura política com a participação de movimentos populares. A reforma iniciou-se a partir de movimentos de profissionais da área de saúde e de intelectuais, bem como de lideranças políticas e populares (TEIXEIRA, 1995).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi considerada o marco na história da saúde pública no Brasil, e dela emanaram as propostas de um novo modelo que, posteriormente, foi discutido e incorporado à Constituição Federal de 1988.

As ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera do governo.
- II - Atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- III - Participação da comunidade.

(Brasil, 1988)

As discussões basearam-se no reconhecimento de necessidades da população, na ampliação dos conceitos de saúde e saúde como direito de cidadania. Foi criado, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando um novo momento da história da saúde no Brasil, para implantação dessas diretrizes nos serviços de saúde. Foram aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8080/90 e a Lei 8142/91), nas quais ficaram definidos condição, organização e funcionamento dos serviços, além de recursos financeiros para que pudessem ser alcançadas as metas definidas.

O interesse em efetivar a reestruturação das propostas da reforma na saúde foi percebido na atuação de muitos profissionais. Particularmente para os indivíduos com transtornos mentais, constatou-se a necessidade de criação de alternativas que direcionassem, assim, para um tratamento mais digno, mais individualizado, mais minucioso nas especificidades dessa clientela e se buscasse o resgate da cidadania desse cliente dos serviços de saúde.

No encontro realizado em Caracas/Venezuela, em 1990, profissionais de saúde mental e autoridades discutiram a realidade dos atendimentos e serviços existentes na Saúde Mental, e desse encontro foi escrita a Declaração de Caracas (Anexo 2), a qual, em seu primeiro item, declara:

“(...) que a estruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário de saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro das suas redes sociais”.

(Declaração de Caracas, 1999, item 1)

Para a implantação dessas diretrizes abriram-se possibilidades para a criação de novas estratégias, muitas delas regionalizadas, com o objetivo de atender à população de acordo com suas necessidades, de forma ampla e abrangente, com enfoque na diminuição da desigualdade dos atendimentos, além de procurar descongestionar os serviços existentes, que tinham a característica de centralizadores.

Duas estratégias foram, então, criadas para efetivação dessas diretrizes e, mais efetivamente, para atender a uma parte da população ainda com carências gritantes na assistência à saúde: o Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países cuja Saúde Pública alcançou níveis de qualidade, como Cuba, Canadá e Inglaterra. No Brasil, adquiriu características próprias, diante de sua realidade diferenciada desses outros países, peculiaridades como o nível de pobreza, as condições sanitárias inexistentes para boa parte da população, a criação de subempregos para

sobrevivência e a dificuldade de acesso a serviços básicos que garantam um nível adequado de saúde (FONTINELE, 2003).

Na história da Saúde Mental aconteceram encontros e discussões, propiciando aos profissionais conhecimentos das diferentes realidades existentes e união para a elaboração de estratégias visando a uma mudança efetiva para essa clientela (AMARANTE, 2003).

Surgiram, nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). O primeiro CAPS criado foi o “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, em Santos/SP, passando a exercer forte influência na criação e transformação de muitos serviços de saúde mental.

A implantação dos CAPS foi regulamentada pela Portaria / SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992:

“ Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança de modelo assistencial. Os NAPs/CAPs foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e foram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

(Brasil, 1997)

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm como objetivo geral o especificado na citação acima e, mais detalhadamente, o de estimular integração social e familiar, apoiar esses indivíduos em suas iniciativas e ajudá-los na busca de autonomia e gerenciamento de suas vidas através de um atendimento multiprofissional (PITTA, 1996).

Verificamos nesses objetivos a necessidade de intercâmbio com os serviços comunitários e com a rede pública de serviços de saúde, para

efetivação dos mesmos e ajuda na manutenção da qualidade de vida desses indivíduos.

O Enfermeiro, assim como outros profissionais que atuam nesse cenário, também participou dessa evolução desde a reforma na saúde. A partir das discussões que precederam a reforma psiquiátrica, passou a ter espaço para exercer outras atividades junto ao cliente psiquiátrico, sendo não mais somente um tomador de conta dentro dos manicômios, mas, um provedor das necessidades afetadas desse cliente, um participante do processo terapêutico junto à equipe multiprofissional, um agente socializante e atuante nas demais esferas que envolvem a doença mental (ROCHA, 1994).

Para que esse novo modelo de trabalho, exigido pelas reformas implantadas na saúde, seja efetivado com sucesso, faz-se necessária a reorientação do trabalho do Enfermeiro, principalmente na sua atuação extra-hospitalar, exigindo que isso aconteça desde sua formação, ou seja, como cita Silveira e Alves (2003), que nesse contexto o Enfermeiro assuma responsabilidades inexploradas e ainda pouco precisas.

As ações desenvolvidas pelos Enfermeiros nos Programas Saúde da Família (PSF) e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm essa mesma lógica e integração em seus objetivos, que são, em resumo: dar os cuidados de Enfermagem, dar aos indivíduos autonomia, conhecimento e condições para exercer sua cidadania e cuidar de si mesmos, fazendo com que eles sejam sujeitos e não objetos do processo de cuidado de sua saúde.

Esses novos paradigmas da Saúde Mental são enfocados na *desospitalização*, que envolve não só a retirada ou a não-internação dos

pacientes em um hospital, mas, a criação de formas para a sustentação de uma situação de vida com as condições que a doença psiquiátrica exige.

Indivíduos com transtornos mentais, como cita Saraceno (2001), iniciam um novo processo de vida, o qual ele chama de reabilitação social. Esta reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Cita, também, que para isso acontecer é exigida uma quebra de paradigmas e preconceitos que atingem não somente o indivíduo adoecido, mas a população e os próprios profissionais da equipe multidisciplinar. Portanto, não existe reabilitação social sem inserção real na comunidade.

A inserção social é definida pelo Ministério da Saúde como “a permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamento e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer, etc) tanto quanto possível”. Para Pitta (1996), essa noção só surgiu a partir dos trabalhos desenvolvidos num aprendizado cotidiano de construção de saberes e identificação de necessidades não exploradas ou, antes, ignoradas.

A integralidade na assistência proposta pela reforma da saúde mostra a amplitude dos objetivos da atuação do Enfermeiro, que emerge de seu trabalho meramente técnico, para alcançar o trabalho social atuando na escuta, detectando situações de conflito, direcionando atendimentos, atuando de forma efetiva e humanizada na saúde mental.

Após estar em atuação e inserida profissionalmente na Saúde Mental por mais de quinze anos, desde o momento da implantação das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes,

senti a necessidade de uma análise mais aprofundada da atuação do Enfermeiro nesse contexto, e mais, como está essa atuação nas propostas de resgate da cidadania, de reintegração à família e à sociedade, especificamente nos serviços em que se concentrou essa pesquisa - CAPS e PSF.

Em meu trabalho no CAPS, junto à equipe multiprofissional, que também vinha de reflexões sobre mudanças de conceitos e práticas, algumas questões surgiram e se tornaram evidentes para minha percepção, tais como:

1. Apesar do discurso dos profissionais de dar ao cliente autonomia, as atividades eram centradas no modelo biomédico, na doença e com o “paciente” também visto como uma doença e não como um indivíduo; percebi a tendência da equipe em repetir a atenção custodial dada em hospitais;
2. A dificuldade do próprio cliente em aceitar exercer essa autonomia: até então, quando um indivíduo recebia o “rótulo” de doente mental, toda sua vida era paralisada, ele passava a ser incapaz e, portanto, tendo que ser cuidado para o resto de sua vida;
3. A dificuldade de implantar os critérios para inserção e “alta” do CAPS: a enorme demanda acumulada e a inexperiência para essa nova atuação, aliadas à grande vontade de mudanças na Saúde Mental, fizeram com que se abraçassem todos os casos que iam aparecendo, gerando a dificuldade de desenvolver a atuação individualizada sobre o cliente e atuar seguindo esses novos paradigmas.

Todas essas questões apontam para uma necessidade de estudo e uma necessária reestruturação da formação dos profissionais para lidarem com essa nova possibilidade de atuação. Reconheço que existem dificuldades da prática que precisam ser analisadas, estudadas, discutidas, vistas de diferentes ângulos e experiências para caminhar na sua eficácia. Quando comparadas com as propostas iniciais da legislação (autonomia, participação comunitária, tratamento individualizado, humanizado, e outras propostas que já foram apontadas), pude constatar, com minha vivência, que muito ainda pode ser alcançado para uma atenção qualificada à maioria da população com transtornos mentais, especificamente refletindo na atuação do Enfermeiro.

1.1 – Tema do Estudo

Diante dessas reflexões, trago como **tema** para meu trabalho: O Enfermeiro e a Inserção do Indivíduo com Transtornos Mentais na Comunidade.

1.2 - Objeto do Estudo

Como **objeto** de pesquisa: A atuação do Enfermeiro na inserção do indivíduo com transtornos mentais na comunidade.

1.3 – O Problema

Estabeleci como **problema** para a pesquisa: A atuação do Enfermeiro está contribuindo para a inserção do indivíduo com transtornos mentais na comunidade?

1.4 – Objetivos do Estudo

Geral:

Analisar a atuação do Enfermeiro nos serviços CAPS e PSF, através de suas atividades para inserção do indivíduo com transtorno mental em sua comunidade.

Específicos:

1. Levantar as ações dos Enfermeiros, especificamente direcionadas à inserção do indivíduo com transtorno mental na comunidade, em ambos os serviços, CAPS e PSF.
2. Identificar a percepção dos Enfermeiros quanto ao desenvolvimento dessa atuação em parceria entre os CAPS e PSF.
3. Identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos Enfermeiros nas ações direcionadas à inserção do indivíduo com transtornos mentais na comunidade, em ambos os serviços, CAPS e PSF.

1.5 – Relevância

A relevância desse estudo se deve à enorme abrangência que esses serviços (CAPS e PSF) alcançam na população, além de contribuir para uma melhoria na atuação do profissional Enfermeiro como integrante na equipe de saúde.

O maior foco da reforma psiquiátrica é a desospitalização do doente mental. Para isso é preciso a criação de novas formas de atendimento e, concomitante, a criação de uma rede que assegure uma assistência a essa camada da população.

Para a práxis do Enfermeiro as reformas da saúde mental vêm estimulando uma mudança em sua atuação hospitalocêntrica, como já foi apontada na introdução.

Essa pesquisa vem avaliar o que está sendo feito na prática diária nesses serviços e estimular a discussão de como o Enfermeiro pode, efetivamente, contribuir junto à equipe multiprofissional, para fazer com que o cliente portador de transtorno mental possa liberar-se de uma atenção custodial, e também ajudá-lo a inserir-se na comunidade.

II REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os movimentos para a reforma da saúde tiveram suas idéias centralizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, a partir das decisões elaboradas, fez acontecer a implantação de mudanças em todas as esferas que envolvem um indivíduo e que afetam sua saúde. A desigualdade e descontinuidade dos atendimentos são as principais características das ações de saúde até então e o Sistema Único de Saúde (SUS) vem para mudar esse cenário.

As estratégias criadas para efetivação das reformas, como já foi dito na introdução deste trabalho, apresentam a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus objetivos: descentralização dos serviços, integralidade nas ações e participação social.

A descentralização que, no Brasil, equivale à municipalização das ações de saúde, foi um elemento-chave para viabilizar as reformas, e, de fato, reduz os riscos de fragmentação dos serviços, oferece possibilidades de compreensão das necessidades individuais, constituindo-se uma condição ótima para estimular a participação ativa da comunidade. (NOGUEIRA 2001, p. 52)

A trajetória das mudanças também tem outra característica em comum, a de se iniciarem a partir da mobilização de profissionais:

“O Movimento Sanitário resultou da mobilização e da unificação gradual de diversos movimentos de setores distintos da sociedade. Ele resultou da mobilização do movimento de moradores das grandes cidades, estudantes, médicos, professores universitários e funcionários do governo, principalmente do próprio INAMPS”. (RODRIGUES 2001)

Seguindo a linha das diretrizes do SUS para reorganizar a prática de atenção básica à saúde, surge em 1991 a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com os objetivos de iniciar o contato com as famílias, cadastrá-las e levantar dados para a elaboração do diagnóstico local da saúde da comunidade.

Daí, em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família compostas de, pelo menos, um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Além da atenção direta aos indivíduos e suas famílias, o propósito era o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, como cita Fontinele Junior (2003).

É um programa que prioriza as ações de promoção, proteção, detecção e recuperação da saúde e educação dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. O objetivo geral é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que priorizava a cura de doenças e os cuidados hospitalares.

Seguindo as diretrizes do SUS, o PSF tem como eixo, para promoção da saúde, o fortalecimento da participação comunitária e o desenvolvimento das habilidades pessoais dos indivíduos. Para que isso aconteça em sua plenitude há a necessidade de aproximação dos demais serviços oferecidos pela rede pública e do envolvimento de diversos profissionais.

O Programa Saúde da Família vem com propostas de ações bem definidas para operacionalização dessas metas. Cordeiro (1991) cita que

existe a necessidade de que essas ações sejam coerentes desde a política pública elaborada até o desenvolvimento nos sistemas locais de saúde, para que sejam superados os atendimentos fragmentados e repetitivos e, assim, aumentar a resolubilidade na qualidade da atenção prestada.

Em outro momento, cita também a necessidade de formação, capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos para que cada um deles assegure que sua prática venha a ser exercida de forma integrada, contínua, desenvolvendo pensamento crítico, com criatividade e capacidade, a fim de procurar soluções para os problemas de saúde, integrando os indivíduos às necessidades de sua comunidade.

Nesse movimento de mudanças, outras estratégias foram iniciadas em diversas áreas da saúde. Especificamente na Saúde Mental, alguns movimentos importantes apareceram na década de 80 e aconteceram durante esse processo de mudanças e transformações de paradigmas da saúde. Podemos apontar a crise nos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), um movimento dos trabalhadores desses hospitais, ação que denunciou a violação dos direitos humanos de internos e profissionais nessas instituições e criou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Deste último movimento partiram iniciativas de encontros com diversas entidades de classes, como a Organização dos Advogados do Brasil (OAB), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI), Congresso de Bauru/SP, dentre outros (AMARANTE, 2003).

Propostas de mudanças apareceram em todos os encontros, na área jurídica também. Podemos citar o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a desmontagem da estrutura manicomial com a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e substituição de outros recursos (AMARANTE, 2003).

Três conferências aceleraram o processo de mudanças na psiquiatria, como consta nas explicações de Amarante (2003, p. 20) :

1. 1ª: em 1987, no Rio de Janeiro, que reuniu antigos e novos trabalhadores da saúde mental, cujas discussões foram direcionadas para três pontos: Economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; e, por último, Cidadania e saúde mental, direitos, deveres e legislação do doente mental;
2. 2ª (1992): realizada em Brasília, reuniu não só os trabalhadores em saúde mental, mas também usuários e familiares. Foram avaliadas as conquistas desde a última conferência e foram apresentadas estratégias criadas pelos movimentos de desinstitucionalização e da luta antimanicomial;
3. 3ª (2001) – ocorrida em Brasília, com o tema “Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”, que mostra a necessidade da inserção dos indivíduos assistidos em sua comunidade. Essa conferência aconteceu após intensa mobilização, que fez realizar 163 Conferências Municipais, 173 Micro-regionais e Regionais, em todos os 27 estados da federação, com cerca de 30 mil pessoas envolvidas.

As propostas implicam mudanças de paradigmas no planejamento das ações: de uma atenção hospitalocêntrica, seguindo o modelo manicomial baseado na custódia, vigilância e disciplina, passa-se a um modelo territorial baseado na inserção comunitária, no cuidado individualizado, no acolhimento, na escuta, na produção dos sentidos e com a utilização de serviços substitutivos. Da atenção psiquiátrica tradicional centrada na doença, passa-se à atenção psicossocial, que atua não só no sujeito, mas, intervém nos preconceitos sociais historicamente produzidos sobre a loucura (AMARANTE, 2003 vol3, p. 4).

Em 20 de janeiro de 2004, o Ministério da Saúde editou uma Portaria que define o "Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004". A Portaria 52, acrescida da Portaria 53, da mesma data, estabelece uma progressão no valor das diárias pagas aos Hospitais Psiquiátricos que diminuam a quantidade de leitos. Com a Portaria, os Hospitais Psiquiátricos têm um incentivo para a redução das suas vagas e os Estados e Municípios estão, mais ainda, desafiados a aumentar as suas capacidades de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial.

A desconstrução desses valores profissionais e a criação de novos direcionamentos para novas ações despertaram uma série de iniciativas na criação de serviços alternativos à internação, ou seja, de serviços substitutivos para atenção ao doente mental.

Temos vários exemplos como os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, os Hospitais-Dia e Hospitais-Noite, Equipes de Visitas Domiciliares, Programa de Volta para Casa, Ambulatórios Especializados e outros criados de acordo com as iniciativas locais.

A partir das iniciativas locais de diferentes estratégias, normatizadas por várias Portarias, as idéias foram sendo colocadas em prática, os serviços criados foram-se consolidando e chegou-se a uma legislação que vigora em todo o território nacional e que assegura os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental a tais serviços.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, também redireciona o modelo assistencial. No seu art. 2º vem assegurado o objetivo de “(...) alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

A estratégia na Saúde Mental que melhor se difundiu e alcançou maior abrangência foi a dos Centros de Atenção Psicossociais, regulamentados pela Portaria MS / SAS nº 224/92, que estabelece diretrizes e normas para os atendimentos nos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário, respectivamente nas Unidades Básicas, nos Ambulatórios e nos Núcleos / Centros de Atenção Psicossociais (NAPS/CAPS) e nos Hospitais). E, atualizando essa legislação, temos a Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002, que amplia a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e direciona novos serviços específicos para a área de álcool e drogas, para infância e adolescência.

2.2 – O ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO NAS REFORMAS DA SAÚDE

A Enfermagem tem acompanhado essa evolução proposta na reforma da saúde e encara como um dos grandes desafios o de atuar em vários níveis

de complexidade, utilizando seu potencial e capacidade para ser capaz de proporcionar mudanças na atenção à saúde da população.

Historicamente, a Enfermagem vem de uma formação para cuidados centrados no modelo biomédico de cura de doenças. Na formação tradicional tinha-se um ensino muito forte na teoria e no acúmulo de conhecimentos, com a atuação prática posterior ao aprendizado (FUREGATO, 1999).

Rizzotto (1999) descreve que a ênfase da Enfermagem como profissão era dada à limpeza e organização, paradigmas da escola de Florence Nightingale, onde os cuidados eram centrados no enfermo e na humanização do tratamento. Isto significava que o estudo e o entendimento das doenças eram o que direcionava o aprendizado dos profissionais – época da supervalorização das técnicas.

No Brasil, vemos o seguimento desse paradigma até o final de século XIX. As atenções dadas à saúde voltavam-se para as doenças originadas da falta de infra-estrutura das cidades:

“O crescimento do setor privado e o modelo de assistência adotado pela Previdência determinam a ampliação do campo da prática da Enfermagem, e os profissionais de nível superior passam a ser absorvidos em maior quantidade pelo setor público, enquanto o setor privado, como forma de reduzir os gastos com pessoal, passou a absorver auxiliares e operacionais em maior proporção. Essa situação reflete-se na área de educação em Enfermagem, onde os currículos, que, antes enfatizavam a saúde pública, passam a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa.”
(Geivanini, Moreira, Schoeler e Machado, 2005)

A Enfermagem ganha seu “status” profissional a partir da criação da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, instalada no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, por causa da saída das Irmãs de Caridade que atuavam no referido hospício.

A criação da escola dentro do Hospício reforça a situação de ensino de Enfermagem centrado nos cuidados hospitalares, ou seja, no cliente internado, seguindo o modelo biomédico, hospitalocêntrico, como relata Rocha (1994), com objetivos de manutenção da ordem, disciplina e controle dos pacientes.

Após as mudanças da reforma na saúde e com a implantação do SUS, de novo os paradigmas se voltam para a saúde pública, agora com outra visão de cuidados: com olhares para a saúde coletiva.

A Enfermagem como profissão evolui e vai mudando de formas de atuação, direcionando suas ações para questões mais amplas que afetam o processo saúde-doença. Essa implantação de novas formas de atuação vem trazendo avaliações constantes e também a sistematização da assistência de Enfermagem cada vez mais específica e definida, com novas perspectivas de atuação profissional, envolvendo não só conhecimento teórico, mas, sobretudo, atenção à prática cotidiana. As ações passam a ser centradas nos objetivos a serem alcançados e, como cita Furegato (1999), é a partir da prática que podemos estabelecer novas possibilidades de atuação.

Podemos definir as ações do Enfermeiro em três direções:

1. A do atendimento individual pela Consulta de Enfermagem – quando emprega o Processo de Enfermagem para proporcionar um cuidado direto e individualizado ao cliente e à sua família (ISAACS, 1998);
2. a do trabalho em grupo, que assume enormes proporções de alcance terapêutico e com o qual o Enfermeiro facilita o exercício da autonomia dos clientes na busca de soluções para os problemas que emergem de seu cotidiano (MUNARI E FUREGATO, 1977);

3. e a da gerência, que contribui para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, além de atuar na participação junto à equipe multiprofissional, não só no planejamento dos cuidados, mas também na criação das políticas públicas para atendimento da população.

A assistência de Enfermagem é padronizada e sistematizada através do Processo de Enfermagem, que tem dinamizado a práxis para uma maior abrangência e efetividade. A atuação do Enfermeiro passa a ser direcionada para outros ângulos visando a ações preventivas, e não só curativas, e de promoção da saúde.

A sistematização da assistência de Enfermagem é reconhecida pela Resolução 272/02, que determina: “(...) sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade”.

O trabalho do Enfermeiro com caráter social, exigido nesses serviços, CAPS e PSF, ainda é pouco explorado e sistematizado, uma vez que se vê a necessidade de desconstrução/construção do modelo de assistência, antes tradicional e hospitalocêntrico (SILVA (2005)).

Ao abordarmos a questão do trabalho do Enfermeiro direcionado aos indivíduos com transtornos mentais, temos ainda que explorar temas que envolvam especificamente essa práxis: conceitos como

desospitalização/desinstitucionalização, autonomia, reabilitação e/ou inserção social, saúde e não a doença mental e localizá-los no espaço entre o início da reforma tanto da Saúde como da Psiquiatria. Os conceitos de território e de responsabilidade também são importantes e podem ser parâmetros de aferição da propriedade ou impropriedade das ações.

Exemplificando as práticas em comum aos serviços (PSF e CAPS), podemos citar as ações direcionadas para prevenção e promoção da saúde, visando a despertar autonomia do cliente, atuação direta junto às famílias, atuação na educação para saúde e no desenvolvimento de atividades, objetivando manter o indivíduo junto de sua família e de sua comunidade. Pitta (1996) descreve autonomia como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para sua vida de acordo com as situações que enfrenta.

Quanto à desospitalização, que implica não só deixar de internar o indivíduo, mas, dar algum suporte que garanta o não-retorno à internação, é preciso definir as responsabilidades e desenvolver competências para essa nova forma de atuação do Enfermeiro. Penso que é preciso, primeiramente, definir e entender o objetivo do trabalho que se quer desenvolver, ou seja, a dimensão do que significa desospitalização e conseqüente “re-colocação” do indivíduo portador de doença mental na família, em sua comunidade, não como excluído, mas como participante dentro de suas possibilidades, consciente do contexto social, de suas próprias limitações, necessidade de cuidadores e de tantas outras situações que envolvem “ser doente e estar em casa”.

Utilizo neste trabalho o conceito inserção, porque reconheço, pela minha prática, que esses indivíduos têm que começar do zero para estarem em casa,

como membros de uma família, como sujeitos de uma vida, como integrantes de uma comunidade, seja com poucas ou muitas limitações. A maioria deles, uma vez “taxados” de doentes mentais, deixou de existir como pessoa, sendo, por isso, necessário construir uma nova identidade, descobrir novas potencialidades, desejos, capacidades e gerar autonomia para que permaneçam em seu habitat.

O estigma de incapacidade, imposto pela doença e pelo preconceito da sociedade, o qual os indivíduos com transtornos mentais carregam, é um dos maiores problemas com que o Enfermeiro tem que lidar na atuação com essa clientela. Esse estigma está incorporado na sociedade, na família, nos próprios indivíduos e também nos profissionais. Saraceno (2001 p. 114) afirma que para muitos pacientes, mesmo quando estão em casa, “estão” no hospital, mantendo a segregação, dependência de medicação, inativos, solitários.

Assim como outros serviços na saúde mental foram criados por profissionais atuantes, o trabalho de Enfermagem deve ser inventado a partir da demanda dos usuários dos serviços e sistematizado, tomando como base o conhecimento para que, com um embasamento teórico/prático, reafirme-se como profissão e dê à população um atendimento de qualidade.

2 3 - A ENFERMAGEM DO PSF E DO CAPS NO MUNICÍPIO DE CAMPOS

A Declaração de Caracas, redigida em 1990, reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade

e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social (BREDA E SILVA apud KALIL, 1992).

Em 1992, a experiência da desinstitucionalização era realidade em alguns municípios do Brasil, que já haviam implantado os primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Esses serviços, em sua maioria CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, influenciaram o processo de implantação da reforma psiquiátrica em Campos, cenário desta pesquisa, apesar de não terem sido utilizados como modelos institucionais.

Nesse primeiro momento da implantação da reforma, os profissionais de Enfermagem que participaram foram os de nível médio. Os hospitais, por terem passado por auditorias, admitiram Enfermeiros, inicialmente para o serviço noturno, e um diarista que dava cobertura de dia e nos fins de semana, eram os chamados “chefes de enfermagem” (GODIM, 2002).

A atenção maior da reforma foi para a Emergência Psiquiátrica, para a organização e reestruturação da atenção em saúde mental do município. A partir desse serviço, foram elaborados programas visando a não-internação desses pacientes. Podemos citar a assistência e orientações às famílias – feitas pela Assistente Social da Emergência; implantação do projeto "De Volta para Casa", em agosto de 1995, com a proposta básica de prestar assistência aos pacientes considerados crônicos que freqüentavam constantemente o serviço e utilizavam a reinternação como recurso de tratamento.

Dentro desses programas estava inserida a distribuição de medicamentos e de cestas básicas às famílias. Desde 1995, essa medida era considerada de extrema importância, pois contemplava a necessidade

daqueles pacientes que residiam longe da cidade ou obtinham alta dos hospitais nos fins de semana.

Nessas mudanças que estavam acontecendo, cabe ressaltar que não há, nos relatos encontrados, a presença significativa do Enfermeiro, que continuava prestando assistência em hospitais (GODIM, 2002).

Atualmente, a Saúde Mental do município conta com quatro CAPS, dois de pacientes psicóticos, um para crianças e adolescentes e outro para adultos e dois para usuários de álcool e drogas, também um para adultos e outro para crianças e adolescentes. Nos CAPS de psicóticos atuam dois Enfermeiros em cada um e no de adultos de álcool e drogas, um Enfermeiro.

Já o Programa Saúde da Família teve seu início em 1999, em Campos, com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde para o cadastramento das famílias e sua expansão foi rápida e suas ações efetivas na melhoria da qualidade de vida das comunidades assistidas. No município, atualmente, existem cinquenta e três núcleos de Programas Saúde da Família atendendo a aproximadamente trezentas mil pessoas (4ª Mostra de PSF/PACS/ESAUB, 2006, Campos dos Goytacazes/RJ), com um quantitativo de cinquenta e oito Enfermeiros, que atuam nos Pólos, na Educação Permanente e na Supervisão (Jornal Saúde da Família, nov/2006).

2.4 - A SAÚDE MENTAL NO PSF

Em março de 2001, a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde convocou uma reunião, em Brasília, intitulada “Oficina de Trabalho para

Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Como documento-base para o encontro, a Área Técnica de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica lançaram o documento “Proposta Preliminar de Plano de Inclusão de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”.

O documento citado diz, em relação ao PSF e ao PACS:

Um novo modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida, dirigido à família e à comunidade, que inclui desde a proteção e promoção à saúde até o diagnóstico e tratamento das doenças, começa a ser gerado. (Brasil, 2001, p. 4)

Com base na constatação de que é necessário ampliar as ações do PSF e do PACS, com a entrada da Saúde Mental, o texto diz que:

“(...) o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas e da Área Técnica de Saúde Mental, decide pela elaboração e implantação de um Plano Nacional de Intervenção para incorporação de ações de Saúde Mental no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. (Brasil, 2001, p. 4).

Ficou sugerida, após uma avaliação dessas oficinas, uma responsabilidade compartilhada entre as equipes dos Programas Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossociais, ou outros serviços criados com o objetivo de viabilizar a desospitalização.

Além disso, as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. As seguintes ações estão previstas no documento e devem ser compartilhadas:

1. Desenvolver ações conjuntas, priorizando casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar.
2. Discutir casos, identificados pelas equipes da atenção básica, que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.
3. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc, nos grupos de risco e nas populações em geral.
4. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.
5. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.
6. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda e outros).
7. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade.
8. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de

álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial.

9. Trabalhar o vínculo com as famílias, tornando-as parceiras no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

A deficiência dos serviços na saúde mental em relação à demanda, na maioria dos municípios, faz com que se criem novas estratégias para enfrentamento das situações vivenciadas pelos profissionais; isso também se reflete na atenção básica. Seguindo as diretrizes das reformas citadas para manutenção do indivíduo em seu habitat, o envolvimento da família nos processos de assistência e promoção à saúde é essencial. As equipes que trabalham nesse contexto (PSF) não podem excluir esse cliente com transtorno mental.

Por outro lado, as dificuldades enfrentadas pelas equipes de PSF que lidam diretamente com os indivíduos/famílias com transtornos mentais, só aumentam, porque, além de lidarem com as propostas específicas do programa, têm que, muitas vezes, enfrentar suas próprias limitações quanto a lidar com essa clientela.

O comprometimento em atuar buscando real melhoria dos serviços e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida dos indivíduos, é missão do Enfermeiro; assim, as inquietações despertadas na prática da profissão devem ser alavancas para novos rumos, redefinições, ajustes e reprogramações de formas de abordagem e resoluções dos problemas encontrados.

Essa parceria entre CAPS e PSF mostra ser a grande possibilidade de colocar em prática toda a teoria da Reforma da Saúde e da Reforma

Psiquiátrica, envolvendo a autonomia dos sujeitos, inserção e reabilitação social, melhoria de qualidade de vida e desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais.

Esse desafio é sentido, de forma bem nítida, na prática do Enfermeiro, principalmente por essa atuação estar em reestruturação, avançando espaços, ampliando suas possibilidades de rompimento de barreiras.

III METODOLOGIA

Uma pesquisa deve ser um diálogo inteligente com a realidade, partindo da premissa: ser uma comunicação entre atores com idéias próprias e posições contrárias, assumindo todos os riscos e desafios. Assim, pesquisar é dialogar numa troca de conhecimentos. E, mais ainda, torna-se uma demonstração de competência e cidadania, em que o diálogo teórico vai a confronto com a realidade e com as possíveis idéias que surgem a partir dessa situação criada. De uma pesquisa temos a possibilidade de transformações sociais (DEMO, 1997).

A pesquisa foi realizada em dois momentos. O primeiro, através de um pré-teste para a percepção inicial da realidade nos locais pesquisados. Para tal, foi aplicado um questionário com alguns Enfermeiros e investigado principalmente sobre o intercâmbio entre os dois serviços (CAPS e PSF), além da atuação desses profissionais com portadores de doença mental em suas atuações diárias.

No segundo momento, após a análise desse pré-teste, percebeu-se que os objetivos não foram alcançados e que os entrevistados solicitavam espaço para outras colocações pertinentes à pesquisa. Foi feita então, uma mudança do instrumento, passando deste para entrevista. A justificativa dessa mudança será melhor explicitada no decorrer deste capítulo.

3.1 - Pré-teste:

O pré-teste foi realizado com a aplicação de um questionário para seis Enfermeiros, quatro do PSF e dois do CAPS. A escolha dos entrevistados foi circunstancial, já que os Enfermeiros da saúde mental escolhidos atuam no CAPS, onde realizo estágio supervisionado com alunos da graduação, e os do PSF por também estarem inseridos uma instituição onde atuou.

Um questionário é um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado e constitui o meio mais rápido e barato para obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato. (GIL, 2002)

Garantindo esse anonimato para pesquisa com seres humanos, conforme exigência da Resolução 196/96, os Enfermeiros que responderam ao questionário foram apelidados com letras do alfabeto: Enfermeiro A, B, C até a letra F, totalizando seis participantes do pré-teste. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, termo no qual fica esclarecida a participação do entrevistado na pesquisa (Anexo A).

O quadro a seguir sintetiza o processo da coleta de dados.

Quadro 1: Etapas do processo de coleta de dados do pré-teste

	Procedimento técnico	Operacionalização dos procedimentos
1	Ambientação com o campo de pesquisa	Visitas aos cenários da pesquisa: CAPS e PSF dos profissionais escolhidos
2	Estabelecimento da aproximação	Conversa com os Enfermeiros sobre os objetivos da pesquisa e o motivo da escolha dos sujeitos
3	Explicação do termo de consentimento	Leitura do termo e esclarecimentos para a realização do questionário
4	Seleção dos sujeitos	Efetivar a escolha dos Enfermeiros que concordam em serem submetidos ao questionário, e conseguir o quantitativo esperado (6)

5	Aplicação do questionário piloto	Entrega dos questionários e agendado o recolhimento
6	Análise dos dados iniciais	Levantamento das variáveis que interferem na atuação dos Enfermeiros
7	Conclusões preliminares	Análise dos dados apresentados sobre a adequação do questionário aos objetivos da pesquisa e realização das alterações necessárias

3.1.1 – Análise do Pré-teste:

Ao serem analisados os dados coletados, foram encontrados dois pontos avaliados como interessantes:

1. Uma das constatações através das respostas dadas foi a de que os profissionais não envolvidos com a Saúde Mental não se sentiam preparados para responder a questões relativas a essa clientela;

“Eu até gosto, mas, preciso de mais informação para atender melhor”.(Enfermeiro F)

“Não faço muito, acho que a gente precisa ter uma parceria com o médico...” (Enfermeiro D)

2. Outra pergunta que mostrou relevância em relação aos objetivos da pesquisa foi a da existência do intercâmbio entre os dois serviços que, segundo os sujeitos, ainda não é efetivada no que diz respeito a protocolos, ficando a atividade ligada a intervenções pessoais. Isso foi percebido pelas respostas evasivas e dadas em primeira pessoa:

“..eu faço assim...”, (Enfermeiro C)

“...não é sempre que eu consigo...”.(Enfermeiro F)

Na análise do pré-teste, as seguintes situações foram apontadas pelos profissionais que responderam ao questionário como as que mais interferiam na condução das atividades desenvolvidas por eles:

Quadro 2: Categorias e subcategorias na análise preliminar dos questionários do pré-teste

	Categorias
Quanto ao indivíduo portador de doença mental	Estrutura familiar
	Diagnóstico do indivíduo
	Comunidade
Quanto ao profissional	Formação Específica
	Sobrecarga de trabalho
	Falta de suporte da rede pública

Explicando melhor: a existência de uma estrutura familiar, suas condições de vida e formas de relacionamento presentes na família foram apontadas como situações que podem significar suporte ou fator de estresse para o indivíduo com transtorno mental.

Para Saraceno (2001) muitos desses indivíduos com transtornos mentais continuam internados mesmo estando em casa.

*“A gente tenta conversar,
mas nem sempre a família nos ouve...”(Enfermeiro A)*

Para os Enfermeiros que responderam ao questionário, especificamente os do PSF, alguns diagnósticos foram considerados sem condição de atuação direta sendo a única possibilidade de intervenção o encaminhamento para um ambulatório especializado. O diagnóstico do indivíduo envolvido, associado a atitudes violentas já acontecidas ou relatadas anteriormente, mesmo que não presenciadas. Foi uma delas:

“As pessoas têm preconceito muito grande

em relação a pacientes psiquiátricos....” Enfermeiro B)

“Muitas vezes quando somos

chamados para ajuda, só com Bombeiros...” Enfermeiro A)

A capacidade e o envolvimento familiar em assumir a continuidade do tratamento foi outro exemplo que interfere na práxis com esses indivíduos; a condição financeira para sustentar a continuidade da medicação ou a dependência total do serviço público também foram indicadas como fatores intervenientes para a continuidade dos atendimentos do Enfermeiro.

A existência de co-morbididades previstas nos protocolos para atuação do Enfermeiro dos pólos de PSF foi um item apontado como fator facilitador da adesão e inserção nos atendimentos nos pólos. A existência de doenças como, por exemplo, Hanseníase, Hipertensão, ou outras com obrigatoriedade de atendimento, coloca essa família em maior contato com o PSF e faz que os profissionais tenham maior atenção e frequência nos atendimentos e, conseqüentemente, mais envolvimento com esse cliente portador de transtorno mental.

“Temos um grande foco de Hanseníase no pólo e temos que controlar o tratamento, a tomada de medicação a continuidade, etc, aí vamos mais à casa deles” (Enfermeiro F).

Os recursos da comunidade na qual a família está inserida também foi outro ponto citado como facilitador da permanência desse indivíduo na família: o acesso a consultas, o apoio de vizinhos, a existência de locais que tal indivíduo tem para distração.

*“Tem um que fica muito na pracinha,
todo mundo brinca com ele”. (Enfermeiro F).*

No que diz respeito aos próprios profissionais, outros fatores demonstraram interferência nas atividades desenvolvidas:

1. A existência ou não da formação profissional específica em Saúde Mental para ambos os serviços (CAPS e PSF) – a inexistência de um treinamento prévio para lidar com essa clientela foi apontada como dificuldade por alguns entrevistados. Nenhum dos Enfermeiros possuía especialização na área de saúde mental e apenas dois estavam fazendo curso de especialização em PSF.

Para a atuação em PFS é oferecido pelo Ministério da Saúde um treinamento inicial e em alguns municípios já existe implantada a equipe de Educação Continuada. Mas, para atuação em CAPS não se tem essa preocupação. Os Enfermeiros são admitidos sem preparo. Os que se interessam procuram uma atualização ou uma especialização.

2. A falta de infra-estrutura para execução de algumas atividades, como visita domiciliar com maior frequência.
3. Sobrecarga de atividades gerando dificuldades para uma atuação mais individualizada sobre esse cliente e sua família.

“Quando dá a gente visita com mais frequência, mas é tanta coisa pra fazer que algumas visitas vão ficando para trás”(Enfermeiro C)

4. Falta de suporte da rede pública de serviços, tanto de saúde mental, que sempre está congestionada, como de serviços de saúde em geral, que não aceitam bem tratar dessa clientela.

Nesta análise inicial, pode-se constatar a amplitude e complexidade das situações que envolvem a atuação do Enfermeiro no lidar com indivíduos com transtornos mentais. Os questionários foram entregues e recolhidos na semana seguinte. No momento dessa entrega, os entrevistados pediam para explicar as respostas dadas. Percebi, então, a necessidade de optar por outro tipo de coleta de dados que desse aos profissionais oportunidades de explanar a respeito das situações vivenciadas. O instrumento foi então modificado, e a entrevista foi escolhida para a próxima etapa da pesquisa, já que daria aos sujeitos essa oportunidade.

3.2 - Tipo da Pesquisa:

Este estudo é descritivo à medida que aborda fatos e fenômenos relacionados a determinada realidade e/ou grupos, e exploratório quando enfoca a possibilidade de composição de um diagnóstico da situação investigada, além de permitir a utilização de métodos como levantamento de experiências junto a profissionais que apresentam atuação prática sobre o problema a ser estudado (BLOGOSLAWSKI, 2002).

Gil (2002 p. 41) afirma que “a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, além do aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições”.

3.3 – Abordagem da pesquisa

A abordagem do estudo é qualitativa, por tratar de questões que não dizem respeito apenas a dados coletados, mas que valorizam as histórias que envolvem esses dados, sua significação social e as experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Minayo (2004) descreve uma abordagem qualitativa como um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, no qual se busca criar alternativas, elucidar situações e em que se estabelecem soluções para essas relações.

3.4 - Cenário:

A pesquisa foi realizada na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ, onde foram entrevistados cinco Enfermeiros que atuam nos três CAPS existentes e mais cinco dentre os do PSF.

A cidade de Campos conta com três CAPS, sendo um para clientes psicóticos: um específico para clientes adultos e outro para a clientela infanto-juvenil (CAPSi) e o terceiro para usuários de álcool e drogas (CAPSad). Dois deles (para indivíduos psicóticos) possuem dois Enfermeiros cada com cobertura de atuação durante toda a semana. Já o CAPSad só possui um Enfermeiro que atua por 20 horas semanais, isto é, parte da semana não possui atendimento específico de Enfermagem.

Quanto ao PSF a situação é bastante diferenciada: existem cinqüenta e três pólos de PSF espalhados por todo o município, desde a zona urbana até as áreas rurais que são divisas com outros estados (Minas Gerais e Espírito Santo. Existem Enfermeiros lotados em todos eles e o programa conta com uma equipe móvel responsável pela Supervisão e Educação Continuada, com participação de um Enfermeiro.

3.5 – Sujeitos

A pesquisa concentrou-se nos Enfermeiros existentes nesses serviços (CAPS e PSF), sem incluir os demais integrantes da equipe, apesar da ótica da interdisciplinaridade exigida por ambos os programas. Optei por essa limitação para atender aos objetivos delimitados, nos quais concentrei meu problema e conseqüente motivação para a pesquisa a investigação: a prática do Enfermeiro.

O número de dez Enfermeiros foi definido da seguinte maneira: como são cinco Enfermeiros alocados nos CAPS ,– serviço específico para a clientela que é enfocada nessa pesquisa, foram acrescentados mais cinco Enfermeiros do PSF em função de não tendenciar o peso das respostas para outros tipos de clientes - o quantitativo nitidamente maior de Enfermeiros nos PSFs, poderia incluir outro tipo de cliente, pois nos PSFs a clientela atendida é muito mais ampla.

Os Enfermeiros que participaram no pré-teste permaneceram e foram submetidos à entrevista e, incluídos mais três Enfermeiros que atuam nos

CAPS e dois Enfermeiros do PSF, chegando-se ao quantitativo de dez Enfermeiros.

Foi mantido o anonimato com os apelidos dados na primeira fase da pesquisa, as letras do alfabeto, passando a ter da letra **A** até a letra **J**; conversou-se sobre o anonimato e se solicitou assinatura do termo de livre esclarecimento, no qual, os pesquisados têm seus direitos assegurados: o de saírem da pesquisa quando quiserem, de não serem identificados e de não sofrerem constrangimentos.

3.6 - Instrumento:

Para o alcance dos objetivos, como já foi explicado na análise do pré-teste, elaborou-se um roteiro de entrevista, que se encontra no Apêndice 3, para viabilizar a pesquisa final. O registro das entrevistas foi realizado em forma de anotação, concomitante à entrevista. Esta foi estruturada para atingir três objetivos: a atuação profissional dos Enfermeiros no dia-a-dia, as ações desenvolvidas para inserção de indivíduos com transtornos mentais na comunidade e as facilidades e dificuldades vivenciadas para isso.

Uma entrevista tem grande alcance nas ciências sociais porque dá espaço para serem analisados pontos subjetivos existentes na prática dos profissionais, como características pessoais, que influenciam na condução, dão ao entrevistador oportunidade de percepção maior pela linguagem corporal do entrevistado e forma de enfrentamento dos problemas cotidianos.

GIL (2002)

Marconi (2001, apud Goode e Hatt, 1999, p. 92), afirma que “A entrevista consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo ato social como a conversação.”, portanto, é um instrumento que ajuda no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Ludke (1986) afirma que na entrevista a relação que se cria é de interação, na qual é estabelecido um clima de estímulo pelo entrevistador e de aceitação pelo entrevistado.

Foram respeitados os princípios éticos e o anonimato dos sujeitos envolvidos previstos na Resolução 196/96, que trata da pesquisa com seres humanos e solicitada assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para essa etapa da pesquisa foram seguidos os passos;

Quadro nº 3 : Passos da segunda etapa da pesquisa:

	Procedimento técnico	Operacionalização dos procedimentos
1	Elaboração da entrevista	Efetivação da análise do pré-teste
2	Busca dos Enfermeiros que participaram da 1ª fase da pesquisa	Contato para apresentação da conclusão inicial e convite para participação da entrevista
3	Ambientação com os novos campos de pesquisa	Visitas aos cenários da pesquisa: CAPS e PSF dos profissionais escolhidos para a segunda fase da pesquisa
4	Estabelecimento da aproximação	Conversa com os Enfermeiros sobre os objetivos da pesquisa e o motivo da escolha dos sujeitos
5	Explicação do termo de consentimento	Leitura do termo e esclarecimentos para a realização do questionário
6	Seleção dos sujeitos	Efetivar a escolha dos Enfermeiros que concordaram em ser submetidos á entrevista
7	Agendamento da entrevista	Contato telefônico e marcação da hora e local para realização das entrevistas
8	Análise dos dados coletados	Levantamento das variáveis que interferem na atuação dos Enfermeiros

IV ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise de dados é um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens:

“Designa-se pelo termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (BARDIN, 2004 p. 42)

Para Minayo (2004) a análise dos dados tem como finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto.

Ainda em Minayo (2004) o estabelecimento de categorias facilita essa compreensão quando são relacionados elementos e características comuns sobre as respostas dadas. O que se pretende, quando da realização da análise de conteúdo, é poder inferir¹ as condições de produção ou certas variáveis² de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação, atividade que dá conclusão ao trabalho de análise de conteúdo e constitui seu objetivo final. E para que tal inferência seja possível, recorre-se a indicadores. Estes últimos são escolhidos e definidos pelo analista, de acordo com os objetivos da análise.

¹ Bardin define inferência como “uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (Bardin, 1977:39).

² *Condições de produção* são definidas por Bardin como fatos deduzidos logicamente a partir dos índices selecionados e fornecidos pela etapa inicial da análise – a etapa descritiva. Bardin prefere usar o termo “*variáveis inferidas*”, criticando o fato de o termo condições de produção levar em consideração apenas a produção, deixando de lado a possibilidade de inferência sobre a recepção da mensagem.

Na verdade, o analista trabalha com vestígios que, em última análise, são a manifestação de algo que pode ser inferido ou deduzido logicamente – manifestação de fenômenos, de dados, de estados. Some-se a isso o fato de os saberes inferidos poderem ser de natureza diversa: psicológica, sociológica, histórica, econômica.

Assim, na análise de conteúdo há uma fase inicial de descrição do texto a ser analisado, uma última fase que é a interpretação, isto é, a significação dada a essa descrição, e uma fase intermediária a essas duas, que é a inferência. É essa inferência que vai permitir a passagem de uma fase à outra. Ou seja, dado um significante, chegamos ao significado através do trabalho de inferência que serve de ponte entre os dois. A análise de conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Bardin (1977) considera essa fase como período de instituições.

Ainda em Bardin (2004), a pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisadas, (2) a formulação de hipóteses e objetivos e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma inter-relação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administram sistematicamente as orientações e decisões tomadas na

pré-análise. Nesta fase é feito um recorte do material a ser analisado através de uma grelha de categorias, definidas na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos. Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtém-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.

A primeira fase da entrevista foi a caracterização dos sujeitos. Cordeiro (2001) afirma que para o PSF os profissionais da equipe de saúde têm que adotar posturas ativas de ação social dirigidas à comunidades. Quanto ao perfil dos Enfermeiros entrevistados, foi constatado que:

1. Todos têm outro emprego.
2. Alguns já tinham alguma especialização, mas apenas dois tinham especializações aderentes ao serviço e estas aconteceram depois de estarem inseridos no trabalho.
3. A maioria deles (oito) tem mais de cinco anos de formados e entraram nos respectivos serviços por oportunidade de emprego e não por escolha.

Na questão de como se deu a inserção no local de trabalho alguns responderam:

“Era recém-formada e foi uma boa oportunidade de emprego e o salário era bom na época”.(Enfermeiro E - CAPS)

“Estava trabalhando na Secretaria de Saúde e soube de uma vaga perto de minha casa e o salário era maior”.(Enfermeiro I –

A carga horária de trabalho difere de acordo com o local:

1. Nos CAPS, vinte horas semanais, tendo a distribuição diária variada na semana, com profissionais trabalhando um dia inteiro e folgando em outro: com isso, constata-se que em alguns dias da semana não há Enfermeiro no serviço e,
2. nos PSF a carga horária é de quarenta horas semanais e a atuação é diária de segunda a sexta-feira. Para os profissionais de PSF existe um treinamento básico que envolve as atribuições previstas pela legislação e para os CAPS apenas o incentivo para especializações.

No levantamento das atividades diárias, em ambos os serviços foi apontado que acontece a Consulta de Enfermagem, a gerência da equipe e as visitas domiciliares.

A consulta de enfermagem está incluída no Processo de Enfermagem que é a sistematização das ações do Enfermeiro. Este processo consiste de seis etapas, que determinam as intervenções, a avaliação da continuidade da assistência como cita Townsend (2002). Percebe-se que as etapas propostas no processo de enfermagem estão quase todas presentes nas ações desenvolvidas, mas, sem a preocupação da sistematização ou organização metodológica das ações, perdendo-se aí a cientificidade do trabalho do Enfermeiro. A consulta de enfermagem é citada nos momentos de triagem e acolhimento (primeiro contato com o cliente).

“Quando faço o primeiro contato, levanto os problemas e direciono os encaminhamentos dentro e fora do PSF” (Enfermeira H)

Nos CAPS são desenvolvidas atividades em co-terapias, atuação em grupos recreativos e informativos. Munari e Rodrigues (1977, p. 50) ressaltam a importância das atividades grupais no trabalho do Enfermeiro que, por sua própria natureza, já atua em equipe, mas cujo trabalho é desenvolvido de forma automática e sem sistematização. Aponta também que esse trabalho é desenvolvido na prática cotidiana sem que haja uma formação acadêmica para isso. Nos relatos das entrevistas os Enfermeiros se colocam como observadores nos grupos; o único grupo que é coordenado por eles é o Grupo Informativo sobre saúde, que nem sempre tem a participação de outro profissional.

Nos PSF há o controle das doenças previstas pelo Ministério da Saúde e a responsabilidade dos relatórios mensais, além das atividades citadas. Quanto à gerência do serviço, esta vai desde a equipe de saúde, inclui a administração até a responsabilidade dos demais recursos humanos de apoio.

“Faço a coordenação da unidade incluindo a administração da equipe (Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Médico, Dentista, Recepcionista, Vigias), pedido de materiais de consumo e relatórios mensais do SIAB”.(Enfermeira C - PSF)

“Mensalmente tenho que pedir medicamentos (tanto psiquiátricos como clínicos, vejo o tem na Secretaria e faço o pedido, encaminho o ponto dos técnicos e meu (faço junto com a administradora)e vejo com ela o que precisa a mais” (Enfermeiro A – CAPS)

As visitas domiciliares nos PSF seguem uma rotina estabelecida pela unidade e é constante. Já as dos CAPS acontecem pouco e ficam sujeitas à disponibilidade do transporte da Secretaria e de decisões da equipe.

Quanto à atividade específica de inserção dos indivíduos com transtorno mental na comunidade, os Enfermeiros relataram que nos PSFs não acontece de forma sistematizada ou reconhecida com esse “título”, mas, de forma indireta através de outras atividades dos serviços como, orientações às famílias, consultas, encaminhamentos. E nos CAPS a atividade mais citada foram as oficinas de geração de renda, normalmente utilizando habilidades pessoais do Enfermeiro.

*“Faço oficina de culinária e confecção de fraldas,
é o que está dando pra fazer.” (Enfermeiro F - CAPS)*

“Tem vizinho que toma conta, dá comida...” (Enfermeiro G, PSF)

O outro objetivo a ser pesquisado foi o da possibilidade/necessidade de intercâmbio entre os serviços visando à permanência dos indivíduos com transtorno mental na comunidade: todos são unânimes em afirmar que é possível e necessário, entre os dois serviços, mas não sabem como sistematizar essas ações. Foi constatado que não há ações específicas dos entrevistados junto a familiares ou na comunidade para inserção (ou manutenção) dos indivíduos.

As maiores discussões foram ocasionadas pelas perguntas sobre dificuldades e facilidades diárias. Ambas foram analisadas de acordo com a seguinte organização:

Quadro nº 4 : Facilidades apontadas na inserção do cliente na comunidade

	CAPS	PSF
Quanto à comunidade	Aceitação facilitada	Em algumas a aceitação é melhor
Quanto à equipe	Co-terapia	Interação presente e liberdade nas ações
Quanto à atividade	Indireta – oficinas de geração de renda	Visita domiciliar

“Quando trabalhamos junto fica mais fácil de controlar o grupo” (Enfermeiro F, CAPS)

“A visita domiciliar ajuda muito, a gente encontra situações que ajuda a entender os problemas” (Enfermeiro G, PSF)

As facilidades apontadas pelo PSF estavam diretamente ligadas à capacidade de agregação da comunidade, ou seja, à aceitação do indivíduo e suas limitações, ao engajamento da equipe em atuar nos problemas vivenciados, à proximidade do local de trabalho em relação à moradia dos profissionais, ao poder de decisão e liberdade de criação de alternativas em suas atividades diante das famílias, por não ter que responder o tempo todo a uma gerência e ter liberdade no planejamento das ações.

“As carências são tantas que o que a gente faz é bem vindo”.(Enfermeiro C)

Quanto aos profissionais do CAPS foi apontada a possibilidade de aprendizado de novas possibilidades de ações diárias, a co-terapia, a aceitação dos usuários do serviço às atividades propostas.

Quadro nº 5 : Dificuldades apontadas na inserção do cliente na comunidade

	CAPS	PSF
Quanto à comunidade	Falta de atividade produtiva	Não aceitação do indivíduo com transtorno mental
Quanto à equipe	Estrutura física para atendimento Procura de internação como solução imediata	Excesso de trabalho Encaminhamentos para serviços especializados
Quanto à atividade	Pouco ou nenhum retorno financeiro com as oficinas	Ineficiência da rede pública

Quanto às dificuldades apontadas pelo PSF temos: poucos serviços na rede pública para atender à demanda e dificuldade de entrosamento com esses outros serviços; deficiência de materiais permanentes e de uso diário; estrutura física do local improvisada, gerando falta de privacidade nos atendimentos; excesso de consultas dando pouca oportunidade de a equipe ir à comunidade; pouca autonomia do Enfermeiro; despreparo dos funcionários que são admitidos e muita rotatividade de funcionários. Percebemos essas questões pelas falas:

“Eles (doentes mentais) precisam de muita atenção e dedicação profissional e nós não temos tempo disponível” (Enfermeiro B, PSF)

“Vejo que é um estresse muito grande manter o doente em casa e onde atendemos não tem sala que possamos fazer alguma coisa” (Enfermeiro C, PSF)

“O médico não gosta de repetir receitas e nem sempre consigo marcar consulta com Psiquiatra. Fico pedindo favor” (Enfermeiro

H, PSF)

Já no CAPS as dificuldades são a de inserção na comunidade; a de geração/oferta de emprego; o grande número de reinternações, porque a família procura a emergência e não o CAPS; o cansaço de repetição das atividades e intervenções, pelas características da clientela; a falta de credibilidade da clientela em relação às propostas do Enfermeiro (todos, sem exceção, querem decisão médica); poucos materiais para atuar nas atividades diárias.

“Estou a cinco anos no CAPS e já não tenho mais criatividade para inventar assuntos para o grupo, acabo tendo que repetir e alguns deles reclamam” (Enfermeiro A)

“Para fazer grupo ou mesmo atendimento á tarde é muito difícil por causa do calor das salas” (Enfermeiro E, CAPS)

“Muitos tem o discurso de pedir internação quando algum conflito acontece. Inclusive nos grupos de família sempre tem gente que só vem para conversar com o médica para pedir internação” (Enfermeiro E, CAPS)

Muitas constatações dessa pesquisa não são novidade para quem atua em serviços de saúde. As falas mostram o despreparo e a falta de condições dos Enfermeiros para atuação com esses indivíduos com transtornos mentais.

Percebemos uma preocupação juntamente com sentimentos de frustrações por não alcançar uma melhoria na qualidade do atendimento a eles. Como relata Furegatto (1999 p. 61): “Ao planejar e executar as ações de enfermagem, é preciso ter bem claro que pode ter limitações profissionais e/ou pessoais”.

Saraceno (2001p. 30) explica de forma bastante clara a complexidade das intervenções para inserção de indivíduos com transtornos mentais na comunidade:

“...a necessidade de reabilitação parece encontrar razão também nas evidências epidemiológicas que substancialmente e implicitamente denunciam quão estáticas e pobres são as intervenções extramuros, ainda com características farmacológicas com variáveis constituídas de fatores de risco e proteção”.

Como já foi citado, a atuação do Enfermeiro deve partir de uma desconstrução de paradigmas de cuidar para construir uma práxis geradora de autonomia, que envolva os sujeitos nas decisões e buscas de melhorias nas diversas partes de suas vidas.

Esses novos paradigmas estão presentes nas diretrizes tanto da Reforma da Saúde como nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (2001 p. 49), para acontecer a transformação na Psiquiatria é essencial que aconteça um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das ideologias e das funções dos técnicos.

VI CONCLUSÕES E SUGESTÕES

As pesquisas realizadas, tanto sobre Atenção Primária como sobre Saúde Mental, mostram o quanto a população ainda necessita de aprimoramento desses serviços específicos da saúde. O comprometimento de cada profissional deve ser não só em exercer sua parte nos programas, mas também em apontar problemas e soluções junto à equipe, para o crescimento desses serviços.

Esta pesquisa mostrou muitas questões na realidade do dia-a-dia dos Enfermeiros, que nem sempre são levadas em conta quando se planeja uma atuação. As formas de enfrentamento, a dificuldade em lidar com a quantidade de problemas que envolvem um indivíduo portador de transtorno mental e sua família, aliadas à constante rotatividade de profissionais e despreparo dos Enfermeiros, em ambos os serviços, são alguns fatos presentes em todos os relatos.

Foi comprovado que a demanda da clientela ainda é pelo atendimento imediato, isto é, para a consulta médica, para o recebimento da medicação e até para internação, o que resulta em pouca participação de outras propostas dos profissionais que visam gerar autonomia e ajudar a manter o indivíduo com transtorno mental inserido na comunidade.

Essa inclusão é reconhecida por todos os Enfermeiros entrevistados como importante e necessária, mas, não há clareza nas respostas sobre as atividades para esse fim, como foi mostrado. A falta de suporte da rede pública, tanto no quantitativo de serviços disponíveis como no número de

profissionais que aceitam lidar com essa clientela foi outro ponto bem sinalizado para uma práxis mais efetiva.

As oficinas de inclusão da Saúde Mental no PSF têm apontado essas dificuldades e também a grande necessidade de avançarmos nesse ponto da prática de ambos os serviços, mas, não tem acontecido de forma efetiva no cenário dessa pesquisa.

A reforma psiquiátrica é um projeto que implica desconstrução de atuações tradicionais e a construção de novos olhares para uma assistência mais ampla. Para isso, o Enfermeiro precisa de um preparo diferenciado, que envolva um saber social, uma criatividade e disponibilidade para resolução dos problemas vivenciados. Ficou bem evidenciado também que as atividades executadas pelos Enfermeiros dependem de suas iniciativas, criatividade e características pessoais, não há sistematização para a atuação com essa clientela. Os serviços têm propostas para a equipe multiprofissional, mas, não foi constatada a especificidade de atuação prevista para o Enfermeiro.

Vejo que nós, profissionais, temos que levantar os problemas da prática diária, promover debates, discussões e ampliar nossos conhecimentos para implantação das mudanças necessárias.

A prática do Enfermeiro é um grande instrumento para construção de aprendizado e organização da própria profissão e para os serviços de saúde. Vemos uma prática muito empírica, pouco sistematizada e pautada nas características pessoais do profissional. Aponto a Educação Continuada e um maior conhecimento da sistematização para uma organização e planejamento diferenciado da atuação do Enfermeiro como caminhos para atuar não só na

inserção de indivíduos com transtornos mentais na comunidade, mas também para dar o diferencial necessário á atuação extra-hospitalar de modo geral.

REFERÊNCIAS

Amarante, Paulo (coordenador), **Saúde Mental, Políticas e Instituições, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Programa de educação à distância, Caderno nº 3 EAD/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2003.

Amarante, P, **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica do Brasil**, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

Badin, Laurence. **Análise de Conteúdo**, Edições 70, Lisboa, Portugal, 2004

Brasil, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/programa/index.asp>. Acessado em 4 de maio de 2007

Blogoslawski, I P R, **O conhecimento a ciência e a pesquisa**, disponível em <<http://google.com.br>. Acesso em 23 de maio de 2007.

Cordeiro H., **Sistema Único de Saúde**, Rio de Janeiro, Ayuri/Abrasco, 1991

Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Demo, P. **Pesquisa, princípio científico e educativo**, Editora Cortez, SP, 1997.

Fontinele Junior, K : **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**, AB Editora, Goiânia, GO, 2003.

Furegato, Antônia R: **As Relações Interpessoais Terapêuticas na Enfermagem**, Editora Scala, Ribeirão Preto/SP, 1999.

Gil, A C. **Como elaborar projetos de Pesquisa.**, Editora Atlas, SP, 2002.

Gondim, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

Guautier, J H M; Cabral, I E; Santos I; Tavares, C M M; **Pesquisa em Enfermagem novas metodologias aplicadas**, Editora Guanabara Koogan SA, RJ, 1998.

Lucke, M; André, M; **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**, Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo, 1986.

Marconi, Marina de A; Lakatos, Eva M; **Técnicas de Pesquisa**, Editora Atlas, São Paulo, 2006

Minayo, M.C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, Ed. Hucitec, São Paulo, 1993.

Minayo, Maria Cecília de S. (org), **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**, Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 1993

Ministério da Saúde, **LEI Nº 10.216, DE 6 de Abril de 2001.**

Ministério da Saúde, **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**, Brasília, DF, 3ª edição revista e atualizada, 2004.

Miranda, C. L. **O Parentesco Imaginário**, Cortez editora, Rio de Janeiro, 1993

Munari, Denize B; Rodrigues, A R Furegato. **Enfermagem e Grupos**, AB editora, Goiânia, 1997

Nogueira, Isabela F. **Políticas Públicas e Cidadania na Atenção em Saúde Mental no Município de Campos dos Goytacazes.** [Mestrado] Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2001

Pitta, Ana, **Reabilitação Social no Brasil**, org. Editora Hucitec, São Paulo, 1996.

Portaria 224/97 do Ministério da Saúde

Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Rocha, Ruth M. **Enfermagem Psiquiátrica: Que papel é esse?** , Editora Te CORA, RJ, 1994.

Santos J.A, Parra Filho, D. **Metodologia Científica**, Editora Futura, São Paulo, 2002.

Saraceno, Benedito, **Libertando Identidades, da reabilitação psicossocial à cidadania possível**, Editora Te Cora,, Rio de Janeiro, 2001.

Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossociais**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

Severino A J. **Metodologia do trabalho Científico**, Editora Cortez, SP, 1996.

Silva ATMC, Silva CC, Ferreira MO, Nóbrega, MML, Barros S, Santos MKG, A **Saúde Mental no PSF e o trabalho da enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem 2005, Julho/agosto: 58(4), pag 411-5.

Silveira M. R. e Alves M., **O Enfermeiro na Equipe de Saúde Mental – o caso do CERAMS de Belo Horizonte**, Rev. Latino Americana de Enfermagem, v.11 nº5, Ribeirão Preto, set/out de 2003.

SUS - O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde,
Associação Paulista de Medicina, Ed. Atheneu, São Paulo, 2003.

Towsend, M. **Enfermagem Psiquiátrica,** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,
2002.

Teixeira, S.F, **Reforma Sanitária, em busca de uma teoria,** Ed. Cortez, São
Paulo, 1995.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

TEMA: O Enfermeiro e a inserção de indivíduos com transtornos mentais na comunidade - intercâmbio entre Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

QUESTIONÁRIO

1 – Qual a instituição em que você trabalha?

CAPS PSF

2 – Quantos clientes com transtornos mentais estão cadastrados sob sua responsabilidade ?

Em PSF

mais de 10 mais de 20 mais de 30 mais de 40

Em CAPS

mais de 20 mais de 40 mais de 60 mais de 80

3 – Quais as ações que você executa com essa clientela específica?

4 – Você encontra dificuldades no exercício dessas ações? Se positivo, aponte quais.

Para profissionais do PSF:

5 – Para você como é a possibilidade de ter que lidar profissionalmente com indivíduos com transtornos mentais?

Para profissionais do CAPS:

5 – Como você vê a possibilidade de inserção de seus clientes na comunidade?

6 – Você acha possível o trabalho em conjunto dos dois serviços (CAPS e PSF) para a reinserção dos indivíduos com transtornos mentais na comunidade?

() sim () não

Porquê ? Dê sua opinião a respeito.

7 - Para você quais seriam as ações prioritárias para efetivação desse intercâmbio?

8 – Deseja fazer mais algum comentário a respeito do assunto abordado?

Obrigada, Martha

APÊNDICE B: ENTREVISTA

- Quanto ao perfil dos entrevistados:

Identificação

Idade

Reside perto de onde trabalha?

Tem outros empregos?

Quanto tempo tem de formado?

Quanto tempo está atuando no PSF / CAPS?

Tem alguma(s) especialização (ções) ?

Explique como você chegou á opção de trabalhar no CAPS/PSF ?

- Quanto as ações realizadas no dia a dia;

Qual sua carga horária semanal?

Como você distribui sua carga horária na semana?

O que você aponta como facilidades no dia a dia?

O que você aponta como dificuldades no dia a dia?

Qual sua rotina de trabalho (atribuições)?

- Quanto á atuação com indivíduos com transtornos mentais:

Quantos indivíduos (famílias) com transtornos mentais estão cadastrados sob sua responsabilidade ?

() mais de 10 () mais de 20 () mais de 30 () mais de 40

Quais suas ações específicas para lidar com os problemas mentais desses indivíduos/família ?

Você executa atividades específicas para manutenção dessa clientela na comunidade?.

-Quanto ao intercâmbio ente os dois serviços

Você encontra dificuldades no exercício dessas ações? Fale a respeito.

Você acha possível o trabalho em conjunto dos dois serviços (CAPS e PSF) para a inserção dos indivíduos com transtornos mentais na comunidade?

Justifique

**ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Projeto: _____

Responsável: _____

Eu, _____, abaixo assinado declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: _____
2. Benefícios que possam ser obtidos: _____
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefones _____.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

ANEXO B: Declaração de Caracas

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
- 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
- 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
- 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que
SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

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](#)