

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

THE MENTAL HEALTH NURSING WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Francisca Bezerra de Oliveira¹, Joana Celine Costa e Silva², Victor Hugo Farias da Silva³, Carla Kalline Alves Cartaxo⁴

Este estudo buscou identificar os cuidados oferecidos pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família frente às necessidades de saúde mental e avaliar se estes se encontravam fundamentados nas noções de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram 10 enfermeiras que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Cajazeiras — PB. As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas pelo método de análise temática. Constatou-se que as concepções do processo saúde doença mental estiveram fundamentadas no modelo biológico, e que não havia comunicabilidade entre saúde mental e rede básica. Isto compromete a efetivação de uma prática pautada na noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito. Torna-se premente a necessidade de implementação de políticas públicas municipais que promovam articulação entre saúde mental e atenção básica, a sensibilização e a formação continuada dos profissionais de enfermagem.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

This study aims to identify the care provided by nurses of the Family Health Strategy facing the mental health needs and to assess whether they were based on the notions of completeness, host / link and listening to the subject. It is a descriptive exploratory study with a qualitative approach made with ten nurses from Cajazeiras — PB. Information was collected through semi-structured interviews and analyzed by thematic analysis. It was found that the views of the mental health illness were based in the biological model, and there was no communicability between mental health and primary care network. This compromises the effectiveness of a practice based on the notion of completeness, host / link and listening to the subject. It is urgent the need for implementation of municipal public policies that promote coordination between mental health and primary care, outreach and continuing education of nursing professionals.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Community Health Nursing.

Se buscó identificar los cuidados ofrecidos por las enfermeras de la Estrategia de Salud de la Familia ante las necesidades de salud mental y evaluar si éstos se basaban en las nociones de integridad, acogida/vínculo y dar oídos al individuo. De carácter exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo. Participaron 10 enfermeras que actuaban en Unidades Básicas de Salud Familiar en Cajazeiras — PB. Las informaciones fueron recogidas a través de entrevistas semiestruturadas y analizadas por el método de análisis temático. Se verificó que los conceptos del proceso salud enfermedad mental se basaron en el modelo biológico, y no había comunicación entre salud mental y la red básica de salud. Esto compromete la ejecución de una práctica pautada en nociones de integridad, acogida/vínculo y escuchar al individuo. Se torna apremiante implementar políticas públicas municipales que promuevan coyuntura entre salud mental y atención primaria, sensibilización y formación continua de los profesionales de enfermería.

Descritores: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP — SP. Professora Associada II da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Brasil. E-mail: oliveiraafb@uol.com.br

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Programa Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Brasil. E-mail: anaceline@gmail.com

³ Psicólogo. Especialista em Psicologia Clínica — UNEPSI — Unidade de Ensino e Pesquisa em Psicologia e Psicanálise. Diretor e Psicólogo do CAPSi (Centro de atenção Psicossocial Infanto-juvenil). Brasil. E-mail: victorhugo_ufpb@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Brasil. E-mail: carlakalline@gmail.com

Autor correspondente: Carla Kalline Alves Cartaxo

Rua Cláudio Batista, S/Nº, Sanatório. Aracaju/SE. CEP: 49.060-100/ Brasil. E-mail: carlakalline@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental constituído, inicialmente, por profissionais da assistência psiquiátrica, estudantes e setores da sociedade civil brasileira tornou-se um marco decisivo no processo de mudança nas políticas de saúde, a partir do debate acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo influenciado pelos movimentos de Reforma ocorridos em alguns países da Europa (França, Inglaterra e Itália) e Estados Unidos⁽¹⁾.

A proposta consistiu na ruptura do modelo clínico-psiquiátrico de exclusão e isolamento para o modelo de reabilitação psicossocial. Esse novo modelo proporciona uma nova forma de atender e acolher o doente mental, bem como construir estratégias para desmistificar a idéia do louco como ameaça — como periculosidade social — e considera o olhar “que ver no diferente a possibilidade de agenciamento de experiências subjetivas”^(2:157). “No modelo psiquiátrico asilar o paciente é transformado em objeto, seus projetos e desejos são anulados e passam a ser controlados e vigiados pelos profissionais do serviço. Nesse cenário, o doente não tem poder de escolha em relação às estratégias de tratamento, e o isolamento passa a se constituir condição necessária para o seu processo de ‘cura’. Esquece-se que o paciente é um cidadão, sujeito de direitos, tem uma história, vínculos afetivos, alguns estudam e/ou trabalham”^(3:264).

Nesse cenário de mudanças, a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desponta em 1994, como estratégia de viabilização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e operacionalização das diretrizes em saúde. As ações deixam de ser centradas no indivíduo e na doença, passando ao coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação, a partir de uma rede de serviços resolutivos e da criação de laços de compromisso entre profissionais e população⁽⁴⁾.

A política da ESF vai ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica uma vez que busca fortalecer o processo de mudança do modelo biológico; ampliar o controle social; diminuir o abuso de altas tecnologias; fortalecer o acolhimento, o vínculo, a escuta e a responsabilização, resgatando a relação profissionais/usuários. Através da ESF tornou-se possível a municipalização das ações de saúde mental, permitindo o avanço do movimento pela Reforma e a desinstitucionalização da doença⁽⁵⁾.

Faz-se necessário repensar a assistência à Saúde Mental, criar estratégias que promovam o estabeleci-

mento de um lugar social ao sujeito em sofrimento psíquico, torná-lo cidadão através da efetiva participação da rede básica de saúde, por meio da integração das ações desenvolvidas nos serviços substitutivos em saúde mental e na ESF.

Os profissionais de saúde mental, que trabalham fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, devem ter um discurso competente e sedutor direcionados à família e à comunidade, como forma de desconstruir a ideia de que o doente mental é um ser incapaz e perigoso. Os profissionais devem buscar construir a necessária tolerância para que a sociedade possa dar continência à diversidade e “desmistificar o ‘olhar’ que vê no diferente, a ameaça”^(6:118).

A importância da reestruturação da rede de saúde e a habilitação dos profissionais na atenção em saúde mental estão diretamente ligadas à redução da crise — internação — crise⁽⁷⁾. Além disso, as atividades devem estar organizadas de forma que assumam papéis de caráter curativo, preventivo e de reabilitação baseadas em relações abertas, flexíveis e democráticas. Estas ações devem ser permeadas pelo diálogo, oficinas de expressão, trabalho grupal e invenção de práticas através de seu poder de criação.

Resultados de uma pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de Cajazeiras — PB, no ano de 2008, em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq), foi possível constatar, a partir da observação e da análise documental, que este serviço: não desenvolve uma clínica que atenda a singularidade de cada usuário, estabelece pouca integração com outras modalidades de atenção em saúde, tanto em relação ao hospital psiquiátrico existente no município, quanto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com o hospital geral, uma vez que não existem leitos, nessa instituição, destinados ao tratamento do usuário de saúde mental. Além disso, a noção de rede e território é pouco praticada pelos profissionais do CAPS. Em consequência deste fato, foram identificados outros problemas como: a superlotação do serviço, claramente observada na chegada de usuários no CAPS para resolução de problemas, através de procedimentos ambulatoriais que poderiam ser executados na ESF (o serviço atende, aproximadamente, 400 usuários mensalmente, sendo que destes, 300 são atendidos em regime ambulatorial); um número signifi-

ficativo de internações psiquiátricas (24) entre os usuários do CAPS, apontando para a necessidade de uma rede de atenção que ofereça suporte à família; a necessidade de trabalhar o imaginário social acerca da loucura; de viabilizar a criação de políticas públicas municipais que favoreçam o emprego e geração de renda desses sujeitos para uma vida com mais autonomia na perspectiva da economia solidária⁽⁸⁾.

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

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

Neste sentido, buscou-se nesta pesquisa, identificar os cuidados oferecidos pelas enfermeiras da ESF do município de Cajazeiras, frente às necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental e avaliar se estes cuidados proporcionados pelas enfermeiras estão fundamentados na noção de integralidade, acolhimento/vínculo, escuta do sujeito nas ações de saúde desenvolvidas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que são entendidas como “... aquelas capazes de incorporar a questão de significado e de 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”^(9:10).

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

O cenário do estudo são as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do Município de Cajazeiras. O ano de referência da implantação do PSF na localidade foi em junho de 2000, com cinco UBSF, sendo três destinadas à zona rural e duas à zona urbana. Atualmente, o município dispõe de 14 UBSF.

Optou-se trabalhar com 10 enfermeiras que atuam nas UBSF do Município de Cajazeiras com tempo de trabalho superior a 6 meses. A delimitação desse número de participantes decorre do entendimento que transcorrido esse período, o profissional de enfermagem, possivelmente, tenha informações básicas da população atendida na área de abrangência de sua UBSF, bem como desenvolva ações de saúde pautadas nos princípios que norteiam as políticas de saúde vigentes no país⁽¹⁰⁾.

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, com parecer favorável. Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa⁽¹¹⁾. Para tanto, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação E1 a E10 na preservação do anonimato dos mesmos.

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

Os dados foram analisados pelo método de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das narrativas dos entrevistados justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido, por meio de entrevistas semi-estruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples”^(12:153). Esta técnica de análise possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos sujeitos.

A partir desta contextualização, novas leituras permitiram perceber as conexões e transitar entre os dados empíricos (narrativas) e a fundamentação teórica, permitindo estabelecer a categorização de temas.

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

A integralidade envolve a abrangência de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. O profissional que cuida do indivíduo, em seu contexto familiar e na comunidade, deve ter a visão de indissociabilidade mente-corpo e a compreensão do adoecimento com repercussão na existência do sujeito⁽¹⁰⁾.

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

A escuta do sujeito requer uma disposição interna de acolher signos explícitos como não explícitos e uma busca de registros que viabilizem campos de trocas, ou seja, encontros de fluxos que requerem engajamento. A escuta exige um olhar atento e a valorização das verbalizações do sofrimento do cliente, contrário às fórmulas de racionalidade do modelo tradicional: problema-solução e doença-cura⁽¹³⁾. A partir das leituras e (re) leituras do texto, produzido pelas entrevistas realizadas com as enfermeiras, emergiram os seguintes temas: As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico e Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações de enfermagem reproduzem o modelo biológico

Considera-se que a atenção básica através da ESF, é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas nesse campo do saber na

atenção básica, devem ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização do sujeito e de suas necessidades⁽¹⁴⁾.

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

Dessa forma, o discurso das enfermeiras reflete a limitação da prática cotidiana destes serviços no tocante à atenção em saúde mental, ainda centrada no conhecimento da psiquiatria tradicional com enfoque na doença e medicalização. Isso pode ser visto nos depoimentos a seguir: *Eles geralmente vêm para a consulta com o médico para solicitarem receita. Quando eles passam pela minha sala eu explico como deve ser o encaminhamento para o CAPS e escrevo para que o familiar possa entender* (E4). *O contato se dá apenas com o médico* (E7). *Aqui se eles vierem, eles só vão ser encaminhados pro CAPS* (E5).

Com relação à visita domiciliar, as enfermeiras afirmaram que esta é uma oportunidade para oferecer apoio familiar; orientação quanto à doença; referência aos serviços especializados e detecção de maus tratos. Percebe-se a responsabilização pelos familiares que necessitam também estarem envolvidos no projeto terapêutico de atenção ao doente mental. A família deve ser considerada um alicerce para o tratamento. Observe o relato a seguir: *Eu quero mostrar principalmente para a família que não é vergonhoso alguém ter doença mental* (E1).

Os sujeitos em sofrimento mental também devem ser convidados a estar inseridos, nas atividades realizadas na unidade para vivenciar novas experiências, ampliando o seu lugar social e, concomitantemente, trabalhando a comunidade acerca da estigmatização da loucura.

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

os doentes mentais eram tratados de forma desumana, conforme os depoimentos: *Foi a disciplina mais difícil pra mim. Eu ficava muito tensa só em imaginar ter que ir de novo pra aquele hospital ver aquelas pessoas serem tratadas como animais enjaulados ... Dava muito medo!*(E2). *Aqui no PSF quando vem algum ser atendido com o dentista ou com o médico fica todo mundo assustado* (E2)... *Eu morro de medo de doido, faço de tudo pra eles não terem que vir aqui* (E5).

Além do estigma em relação à doença mental, fortemente marcado na formação acadêmica das enfermeiras, outra limitação e dificuldade encontrada para o desenvolvimento de ações em saúde mental na ESF, foi o fato de estas profissionais não se sentirem preparadas, capacitadas para intervirem neste campo do saber. Este fato aponta para a necessidade de reorientação do ensino de enfermagem na universidade, no sentido de formar profissionais capazes de responder às novas demandas e conjunturas institucionais norteadas pela Política Nacional de Saúde Mental.

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter iniciada há três décadas, a prática dos profissionais de saúde mudou pouco em relação ao doente mental, pois continua centrada no atendimento individualizado, na medicalização — com ênfase na doença e não no sofrimento do sujeito⁽¹⁵⁾.

Assim, as concepções do processo saúde/doença mental sugeridas pelos sujeitos do estudo, a partir de suas falas, vão ao encontro do modelo clínico individual, organicista e biológico, nesse modelo a doença mental é decorrente de causalidade orgânica; contrapondo-se ao modelo de atenção psicossocial que está fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo como eixos norteadores conceitos como: desinstitucionalização, acolhimento, vínculo, escuta, responsabilização, rede, território, integralidade, cidadania e clínica ampliada⁽¹⁰⁾.

O enfermeiro pode ser um potencial agente transformador quando sua prática é tecida nas relações institucionais, por meio do diálogo com diversos atores sociais: pacientes, familiares e profissionais⁽¹⁶⁾. Contudo, para que ele possa ser este agente transformador é necessário que o mesmo saiba transitar entre a teoria e a prática, buscando a interdisciplinaridade; que tenha consciência, sensibilidade e competência para criar estratégias de soluções e construções de projetos terapêuticos plurais de atenção ao paciente, como também realize um trabalho efetivo com familiares e comunidade.

Noção de integralidade, acolhimento/vínculo e escuta do sujeito

■ Integralidade

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

A integralidade envolve a abrangência de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, assistindo o indivíduo na comunidade, percebendo-o na sua totalidade mente-corpo. Ademais, compreende o processo de adoecimento como evento que repercute na realidade existencial do sujeito⁽¹⁰⁾. Portanto, o conceito de integralidade como princípio norteador das práticas exige a superação da fragmentação do saber.

A relevância da formulação das políticas públicas para a atenção básica pauta-se no direito do usuário encontrar a unidade sanitária de referência como estratégia de acolhimento na rede de atenção⁽¹³⁾. “Tanto a acessibilidade física como a de comunicação são o termômetro da qualidade dos serviços oferecidos, pois promovem o relacionamento dos clientes com as pessoas que executam-gereciam o processo assistencial e mantêm o cliente a par do desenrolar das atividades planejadas para o seu pronto atendimento”^(17:136).

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

Os dados desta pesquisa caminham na perspectiva dos achados de outro estudo realizado em 2008, quando se constatou pouca interação entre o CAPS e a rede de atenção básica, em Cajazeiras — PB⁽⁸⁾. Geralmente, após o início do tratamento no CAPS, o paciente se desliga da atenção básica, uma vez que o sistema de referência e contra-referência não se efetiva. O CAPS centraliza o

serviço não havendo, portanto comunicabilidade com a atenção básica para a continuidade do tratamento, conforme relatos a seguir: *Após o início do tratamento no CAPS a unidade perde totalmente o vínculo com aquela pessoa (E3). Nós só encaminhamos para o CAPS. Depois disso a gente não tem nem mais notícia. Só nos casos de depressão esses usuários vêm pegar receita com o médico e só (E6). Não existe articulação ... uma contra-referência entre os serviços. O CAPS centraliza o serviço (E7).*

Isto contradiz o que preconiza a política de saúde mental do país, quando determina que é função do CAPS oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Este dispositivo de atenção deve se constituir em articulador estratégico desta rede e da política de saúde mental num determinado território⁽¹⁸⁾.

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

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

O relatório de gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde explica que para os municípios onde existem CAPS o trabalho de matriciamento deve ser feito por este serviço. Uma equipe de referência sediada ou não no CAPS deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis a nove equipes de ESF. No caso de municípios pequenos, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de referência desse serviço e as da atenção básica, excluindo a lógica do encaminhamento e visando aumentar a capacidade resolutiva dos problemas que surgem⁽¹⁹⁾.

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

Urge que se faça a articulação da rede de atenção em saúde, no município de Cajazeiras — PB, tendo como

objetivo a integralidade do sujeito, além do fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada tanto para as equipes de saúde mental como para as de atenção básica. Isto ajudará na construção de uma abordagem humanizada, com tecnologias de cuidados eficazes à pessoa com sofrimento psíquico que busca ajuda na rede de saúde deste município.

■ Acolhimento/Vínculo

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

No cotidiano, a frequência do usuário à sua unidade de referência reflete o potencial de resolução dos serviços de saúde pela equipe, frente às necessidades que o faz dirigir-se até lá.

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

A falta de capacitação dos sujeitos entrevistados para trabalhar com o paciente em sofrimento psíquico afeta diretamente a recepção do usuário na unidade, uma vez que de acordo com relatos *todo mundo fica tenso na unidade* e, conseqüentemente, o acolhimento e vínculo se tornam comprometidos neste espaço. “... é importante lembrar que tal falta de qualificação e preparo de muitos enfermeiros para responder adequadamente à complexidade de problemas encontrados na realidade de saúde no âmbito dos serviços, deve-se ainda à tradicional subordinação do seu pensar/fazer ao paradigma positivista, centrado no dualismo cartesiano, com predomínio racional e mecânico e à uma educação profissional de saberes fragmentados, crivada pela desumanização e impessoalidade, pelo tecnicismo e especialização de tarefas e, acima de tudo, pelo isolamento que elimina a comunicação do ensino com o serviço”^(20:126).

A visita domiciliar foi a única atividade com certa ligação com a noção de acolhimento, destacada pelas enfermeiras. O acolhimento e o vínculo acontecem quan-

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

No caso das enfermeiras que não realizam visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao detectarem novos casos, orientam a família no tocante ao encaminhamento. *Os ACS detectam usuários com problemas mentais e realizam visitas frequentemente para acompanhar medicação e já orientam a família para levar para o CAPS...* (E2).

O modo como se busca acolher o paciente desvenda como se efetiva a implantação do SUS e como os profissionais envolvidos se posicionam frente a essa política⁽⁴⁾.

É fundamental que os saberes, as práticas e os serviços estejam articulados, de modo a criar um sistema integrado, acessível, efetivo, acolhedor, favorecendo a criação de vínculo, relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. “Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde”^(15:161).

■ Escuta do sujeito

O cuidado em saúde mental na utilização do recurso baseado na escuta do sujeito e não na doença é pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica⁽¹³⁾.

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

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento atual exige a conjugação de esforços, no sentido de viabilizar: a interlocução entre saúde coletiva e saúde mental; a construção de uma rede integrada à saúde; o reordenamento do CAPS; e as novas formas de pensar e agir em relação ao processo saúde-doença mental, possibilitando a produção de uma rede de espaços de acolhimento e vínculos no território. A interlocução entre o CAPS e a atenção primária, em especial — com a ESF — amplia o potencial desse dispositivo de atenção como agenciador de novos modos de cuidado, que possa, paulatinamente, diminuir a demanda de usuários ao CAPS, desafogando este serviço, bem como o recurso da internação psiquiátrica.

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

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

Dada a difícil previsão e habilidade para que as ações de enfermagem rompam com os antigos padrões assistenciais, torna-se premente a construção de uma política pública local de capacitação e sensibilização, quanto ao papel social da enfermagem na saúde coletiva e na saúde mental. Desse modo, a formação permanente da força de trabalho é imprescindível para a transformação do processo de trabalho no sentido da efetivação do SUS.

Os cursos a serem oferecidos e ministrados por profissionais tanto do CAPS como da ESF devem incluir propostas de atualização em saúde mental (temas afins) — de acordo com os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica — e em saúde coletiva. Nesse contexto, é fundamental que sejam desenvolvidas capacitações com temas diversificados, como: rede de atenção em saúde mental, estratégias de intervenção individual, familiar e comunitária, exclusão/inclusão social, promoção da autonomia dos usuários.

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

Este estudo possibilitou uma avaliação em nível local das práticas de enfermagem no cotidiano da atenção básica através da ESF. Buscou-se contribuir com reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de (re) inserção social, assim como a necessidade da implementação de políticas públicas municipais que promovam articulação entre saúde mental e atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG; Melo Júnior LP, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009; 72(1):85-96.
2. Oliveira FB, Fortunato ML. Reabilitação psicossocial na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. *Vivência*. 2007; 10(32):154-61.
3. Silva JCC, Silva KMD, Vieira BA, Oliveira FB. Produção de sentidos acerca da doença mental: vivências e perdas. *Rev Pesquisa*. 2007; 1(1):257-66.
4. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. *Rev Rene*. 2008; 9(2):120-8.
5. Brasil. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. [citado 2009 jun 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
6. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2002.
7. Nascimento AAM, Braga VAB. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1):84-93.
8. Silva JCC, Oliveira FB. Doença mental e (re) inserção social: uma relação possível e necessária. *Rev Pesquisa*. 2008; 2(2):225-42.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
10. Sousa KKB, Ferreira Filha MO, Silva ATMC. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. *Cogitare Enferm*. 2004; 2(9):14-22.
11. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 14(1):139-48.
14. Ministério da Saúde. Saúde Mental. CAPS. [Internet]. 2009 [citado 2009 jun 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1.
15. Machado APC, Mocinho RR. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. *Bol Saúde*. 2003; 17(2):160-70.

16. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(3):333-40.
17. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Rene.* 2008; 9(2):129-37.
18. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental. Dados em saúde mental. [Internet]. 2009 [citado 2009 jul 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo.pdf.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de gestão 2003-2006. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Matumoto S, Mishiba SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(1):233-41.

Recebido: 24/05/2010

Aceito: 17/02/2011