

HILTON GIOVANI NEVES

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUINDO COMPETÊNCIAS
PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

**CUIABÁ/ MT
2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

HILTON GIOVANI NEVES

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUINDO COMPETÊNCIAS
PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

**CUIABÁ/ MT
2009**

HILTON GIOVANI NEVES

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUINDO COMPETÊNCIAS
PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Processos e práticas em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roselma Lucchese

**CUIABÁ/ MT
2009**

HILTON GIOVANI NEVES

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTITUINDO COMPETÊNCIAS PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

E aprovada na sua versão final em 11 de fevereiro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Dr^a. Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Roselma Lucchese – UFMT
Orientadora

Dr^a Denize Bouttelet Munari - UFG
Membro Efetivo

Dr^a Maria da Anunciação Silva - UFMT
Membro Efetivo

Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaiva - UFMT
Membro Suplente

Dr Marcelo Medeiros - UFG
Membro Suplente

Neves, H.G. **Atenção à saúde mental nas unidades de saúde da família: constituindo competências para atuação do enfermeiro**, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá, 2009. xx p.

Orientador: Dr^a Roselma Lucchese.

RESUMO

O estudo em questão aborda quais saberes/fazerem são desenvolvidos pelo enfermeiro que lhe conferem competência ou não para incluir a saúde mental na atenção primária à atenção - APS, compreendendo esta como uma situação complexa e indissociável ao processo de constituição da integralidade no SUS. O objetivo foi analisar a constituição de competências do enfermeiro na atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família na ESF, a partir das práticas do serviço APS. Realizamos uma pesquisa descritiva-exploratória com uma abordagem qualitativa. Por meio desta, foi possível desvelar algumas contradições presentes na prática da APS em relação à saúde mental, tendo como cenário a ESF. A pesquisa foi realizada com três enfermeiros da ESF do município de Cáceres - MT, lotados na zona urbana, também contou como participantes os demais integrantes da ESF, vista que compuseram o cenário de observação. Na análise buscamos uma aproximação da dialética marxista com a categoria analítica *Práxis*, no sentido de orientar o processo de categorização dos dados e sua discussão. Do processo de análise temática dos discursos e diário de campo, emergiu 3 Categorias Empíricas: “Espaços formais de formação do enfermeiro”; “A ESF e a *práxis* transformadora em saúde mental” e “Os saberes/fazerem constituídos para atenção em saúde mental na APS”. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, por meio do parecer 451/CEP-HUJM/07. Os resultados da pesquisa apontam para alguns agrupamentos de unidade de registro os quais revelam que os espaços formais de formação: representado pela IES foi descrito em sua fragilidade de ensino em saúde mental, ou pela não oferta da disciplina ou, quando existente, foi focada na atenção psiquiátrica, ocorrida no hospício; quanto a educação permanente houve prioridade gerencial sobre o aprimoramento dos saberes formatados pelos programas de saúde: saúde da mulher, TB, imunização, Hipertensão entre outros, saúde mental não compartilhou na mesma dimensão de interesses. Fenômenos que não viabilizaram a construção da atenção psicossocial em qualquer nível de atenção à saúde. O foco na assistência a saúde, em um contexto geral, seguiu centrado na doença e na medicalização, e a saúde mental é tratada como uma especialidade que deve ser referenciada. Constatamos que os espaços de formação de uma *práxis* transformadora em saúde mental são reconhecidamente inerentes a ESF, devido aos seus princípios a proximidade objetiva e subjetiva com a comunidade, possibilitando aos profissionais de saúde essa criação. Contudo, desenvolver competência para atenção de saúde mental na APS foi limitada, mas encontramos alguns movimentos significativos, como a sensibilização às manifestações afetivas e psíquicas da população atendida e uma percepção ampliada da condição de saúde das pessoas. Por fim, esta pesquisa e os estudos aqui correlacionados, demonstraram que o saber/fazer em saúde mental na atenção psicossocial se faz necessário, uma vez que o campo de atuação tem se ampliado e sua inserção na APS já percebida como a consagração da integralidade na assistência à saúde, e por sua vez, de um modelo de atenção que vislumbre o sujeito e não a doença.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Programa Saúde da Família; Saúde Mental; Educação em Enfermagem, Competência profissional.

Neves, H.G. **Attention to mental health in family health units: the role of skills for nurses**, Dissertation (Master in Nursing) - Post-Graduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá. xxxp. orientation: Dr^a Roselma Lucchese.

ABSTRACT

The study in question deals which knowledge / do are developed by nurses who give it power or not to include mental health in primary care for the attention - APS, including the situation as a complex and inseparable in the process of formation of the entire SUS. The objective was to analyze the formation of skills of nurses in the care of the person in psychological distress and family in ESF from the practice of the APS. We conducted a descriptive and exploratory research with a qualitative approach. By this, it was possible to reveal some contradictions in the practice of the APS in relation to mental health, with the scenario the ESF. The research was conducted with three nurses from the ESF of the city of Cáceres - MT, in crowded urban area, as participants also told the other members of the ESF, for which composed the scene of observation. In the analysis we seek a rapprochement with the Marxist dialectic Práxis analytical category in order to guide the process of categorization of data and its discussion. Of the thematic analysis of the speeches and journal in the field, emerged Empíricas Category 3: "Spaces of formal training of nurses", "The ESF and manufacturing practice in mental health" and "Knowledge / set to make mental health care in the APS ". The project was directed and approved by the Research Ethics Committee of Hospital Universitário Júlio Muller, through 451/CEP-HUJM/07 opinion. The survey results point to some groups of unit record which shows that the spaces of formal training: represented by the IES has been described in its weakness of education in mental health, or by not providing the discipline or, when available, was focused on psychiatric care, which occurred in hospital, for continuing education were priority on the improvement of managerial skills formatted by programs of health: women's health, TB, immunization, Hiperdia among others, mental health, not shared the same dimension of interest. Phenomena not enabled the construction of psychosocial care at any level of health care. The focus on health care in a general context, followed focused on medicalization and disease, and mental health is treated as a specialty that should be referenced. We note that the spaces to form a manufacturing practice in mental health is recognized inherent in ESF, because of its principles to objective and subjective closeness with the community, enabling healthcare professionals from the creation. However, develop competence to care for mental health in the APS was limited, but we found some significant movements such as awareness of emotional and psychological manifestations of the population served and a larger perception of the condition of health. Finally, this research and related studies here have shown that the know / do in mental health in the psychosocial care is needed, since the field of activity has expanded and its insertion into the APS already perceived as the consecration of the whole health care, and in turn, a model of attention that the subject trace and not the disease.

Keywords: Nursing, Family Health Program, Mental Health, Education, Nursing, Professional competence

Neves, H.G. **Atención a la salud mental en las unidades de salud de la familia: la función de las competencias de los enfermeros.** Disertación. (Máster en la Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá. xxxp.
Supervisor: Dr^a Roselma Lucchese.

RESUMEN

El estudio en cuestión trata de que los conocimientos o hacer son desarrollados por las enfermeras que le dan poder o no incluir la salud mental en la atención primaria para la atención - APS, incluida la situación como una compleja e inseparable en el proceso de formación de todo el SUS. El objetivo fue analizar la formación de las competencias de los enfermeros en el cuidado de la persona en la angustia psicológica y la familia en el FSE de la práctica de la APS. Se realizó una investigación exploratoria y descriptiva con un enfoque cualitativo. Por ello, es posible revelar algunas contradicciones en la práctica de la EPA en relación a la salud mental, con el escenario de la FSE. La investigación se realizó con tres enfermeras por parte del FSE de la ciudad de Cáceres - MT, hacinados en zona urbana, como también dijo a los participantes los demás miembros de la FSE, para la que compone el lugar de observación. En el análisis que buscamos un acercamiento con la dialéctica marxista Praxis categoría analítica a fin de orientar el proceso de categorización de datos y su discusión. Del análisis temático de las intervenciones y la revista en el campo, surgió empíricas Categoría 3: "Los espacios de formación del personal de enfermería", "El FSE y prácticas de fabricación en la salud mental" y "Conocimiento / configurar para que la atención de salud mental en la APS ". El proyecto fue dirigido y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Júlio Müller, a través de 451/CEP-HUJM/07 opinión. Los resultados de la encuesta apuntan a algunos grupos de la unidad de registro que muestra que los espacios de formación: representado por el IES se ha descrito en su debilidad de la educación en la salud mental, o por no proporcionar la disciplina o, cuando esté disponible, se centró en la atención psiquiátrica, que se produjo en el hospital, mientras que la prioridad es la formación en la mejora de la capacidad de gestión del formato de los programas de salud: la salud de la mujer, la tuberculosis, la inmunización, Hiperdia entre otros, la salud mental, no comparten la misma dimensión de interés. Fenómenos que no permitió la construcción de la atención psicosocial a cualquier nivel de atención de la salud. El enfoque en la atención de la salud en un contexto general, seguido se centró en la medicalización y la enfermedad, y la salud mental se considera como una especialidad que debe estar referenciada. Tomamos nota de que los espacios a una forma práctica de fabricación en la salud mental es inherente reconocido en el FSE, a causa de sus principios objetivos y subjetivos a la cercanía con la comunidad, permitiendo a los profesionales de la salud de la creación. Sin embargo, desarrollar competencias para el cuidado de la salud mental en la APS era limitado, pero hemos encontrado algunos movimientos importantes, como el conocimiento de las manifestaciones emocionales y psicológicas de la población y una mayor percepción de la condición de la salud. Por último, esta investigación y los estudios han demostrado que el saber / hacer en salud mental en la atención psicosocial que se necesita, porque el ámbito de actividad se ha ampliado y su inserción en el ejercicio EPA ya percibido como la consagración de toda la la atención de la salud y, a su vez, un modelo de atención que el tema de rastro y no la enfermedad.

Palabras Claves: Enfermería, Programa Salud de la Familia, Salud Mental, Educación, Enfermería, la competencia profesional.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – O perfil do profissional: quadro sintético. Le Boterf. Porto Alegre, 2003, p. 92	29
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CPE	Comitê de Ética e Pesquisa
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Câmara de Educação superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DCN/ENF	Diretriz Curricular Nacional em Enfermagem
DIA	Diabetes
ERI	Estágio Rural Supervisionado
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAN	Hanseníase
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
PNAH	Política Nacional de Humanização
PNS	Políticas Nacionais de Saúde
PPP	Planos Políticos Pedagógicos
RP	Reforma Psiquiátrica
RT	Residência Terapêutica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCM	Transtorno Mental Comum
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
USF	Unidade de Saúde da família

LISTA DE ANEXO E APÊNDICES

ANEXO:

1. Parecer do Comitê de Ética – CEP/HUJM

APÊNDICES:

- I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao enfermeiro da ESF
- II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais da ESF
- III. Roteiro de Observação/Diário de Campo
- IV. Roteiro para entrevista como enfermeiro

SUMÁRIO

RESUMO	
SUMMARY	
RESUMEN	
LISTA DE QUADROS E TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE ANEXO E APÊNDICES	
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO DO ESTUDO	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Os modelos de atenção à saúde e a formação dos enfermeiros a partir dos anos 80.....	17
3.2 Atenção à saúde mental na APS: a necessária constituição de competências.....	25
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de Pesquisa.....	32
4.2 Local da Pesquisa.....	32
4.3 Sujeitos e Participantes da Pesquisa.....	33
4.4 Coleta de Dados.....	33
4.5 O Processo de Análise dos Dados.....	35
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	37
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.....	38
5.2 Espaços Formais de Formação do Enfermeiro.....	38
5.2.1 Não vivenciou formação em saúde mental no serviço.....	39
5.2.2 A formação que vivenciou em saúde mental não o capacitou para o atendimento psicossocial.....	45
5.3 A ESF e a Práxis Transformadora em Saúde Mental.....	50
5.3.1 Em qual espaço de formação se deu essa prática.....	54
5.4 Os Saberes/Fazer Constituídos para Atenção em Saúde Mental na APS.....	59
5.4.1 Saber agir com pertinência.....	63
5.4.2 Saber mobilizar saberes e conhecimento em um contexto profissional.....	68
5.4.3 Saber integrar saberes múltiplos.....	71
5.4.4 Saber transpor.....	72
5.4.5 Saber aprender e saber aprender a aprender.....	74
5.4.6 Saber envolver-se.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7 REFERÊNCIAS	84
8 ANEXO e APÊNDICES	94

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de nossa experiência como Enfermeiros na Unidade de Saúde da Família (USF) em um município do interior do Estado de Mato Grosso (MT), e como docentes de Enfermagem em uma Universidade Estadual vivenciamos o cotidiano da atenção primária (APS) tanto no serviço quanto no ensino de enfermagem. Esta experiência desvelou empiricamente uma situação inquietante que mostrou o trabalho do enfermeiro ainda focado no cuidado clínico, hegemônico biomédico e medicamentoso, não construindo a integralidade da assistência, sobretudo, quando olha para a atenção à pessoa em sofrimento psíquico e sua família.

Além disso, observamos que a atenção à saúde mental na perspectiva das diretrizes da Reforma Psiquiátrica não se aproxima da prática das equipes de Saúde da Família, assim não se cumpre o princípio da integralidade da assistência, necessariamente, contemplará a Saúde Mental, assim como a manutenção do modelo biomédico na atenção primária deixa à margem das ações de saúde o usuário com transtorno mental ou com qualquer outra necessidade de âmbito afetivo ou psíquico, inviabilizando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade dada revelou contradições entre o que hoje está prescrito pelas Políticas de Saúde e Ministério da Saúde (MS) quanto à efetivação da integralidade na atenção primária e a Reforma Psiquiátrica nos programas de saúde mental. Este cenário nos leva a buscar caminhos possíveis para superação do fazer e transformação da realidade, que viabilizem saltos de qualidade, reduzindo a dicotomia entre o que está prescrito com a prática executada nos serviços de atenção primária em saúde (APS).

Contudo, acreditamos que constituir competências para atuação do enfermeiro na saúde mental na APS, seja um dos caminhos a serem trilhados para efetivação da Reforma Psiquiátrica, que não só atenderá a integralidade do sujeito enquanto princípio do SUS, como também, estabelecerá uma relação entre a rede de serviços comunitários de saúde mental e atenção primária, hoje representada em grande maioria pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A competência a qual nos referimos, não é aquela voltada ao mercado de trabalho, em que o indivíduo competente é apenas eficaz, rápido, adequado ao mercado, mas sim a que favorece a formação do profissional crítico, transformador da realidade social e agente de mudanças (LE BOTERF, 2003).

O profissional competente é aquele que sabe administrar uma situação complexa, pois, é capaz de inovar e decidir no próprio local com recursos que dispõem e com seus saberes em determinada situação, não se utilizando de combinações pré-estabelecidas (LE BOTERF, 2003). Para Perrenoud (2000) competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, habilidades, informações) para solucionar com pertinência uma série de situações. A constituição destes saberes, parte do desenvolvimento das competências pessoais.

Ao transpor esta 'situação complexa' no contexto do ESF, onde ao enfermeiro cabe inovar e decidir no próprio local de trabalho, com recursos que dispõem sobre o melhor atendimento a pessoa em sofrimento psíquico e sua família. A ESF foi lançada como programa pelo MS em 1994, e é proposto como estratégia de reorientação do modelo assistencial da saúde a partir da reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, em que a concepção de saúde está centrada na qualidade de vida (BRASIL, 1997). Para atingir tais propostas, os profissionais envolvidos nesse nível de atenção, necessitam de uma visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade, sendo capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da população, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde.

Na mesma lógica, a Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu como proposta à ruptura ao modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006), se fazendo necessário à construção de novos saberes e práticas, num processo de desconstrução e reconstrução do perceber a saúde mental e seus meios de intervenção. O processo de reconstrução da atenção psicossocial ao indivíduo em sofrimento mental nos remete a prática de reinserção desse sujeito ao convívio social e de sensibilização às subjetividade nas relações em saúde. Para tal, atenção à saúde mental na APS é essencial tanto para efetivação dos serviços substitutivos em saúde mental quanto para a constituição de saberes para a integralidade.

A área de saúde mental tem contribuições significativas para o desenvolvimento de tecnologias e conhecimento para as APS na lógica da integralidade, em condição de compor práticas inovadoras na atenção integral à saúde, como por exemplo, nortear ações de promoção à saúde por compreender as dinâmicas sociais e as formas de abordagem do sujeito (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006, LANCETTI; AMARANTE, 2006, LANCETTI, 2001,).

Assim, podemos dizer que o enfermeiro competente seria aquele que busca a construção das práticas de saúde mental na APS, não recorrendo ao modelo asilar e medicamentoso estabelecido historicamente, pois, atender a pessoa em sofrimento psíquico era demanda exclusiva do hospital psiquiátrico. Porém, o que se observa é a manutenção do modelo biomédico de assistência à saúde, tanto na APS, quanto na saúde mental, onde o enfermeiro mantém-se preso as atividades prescritivas, não enxergando o sujeito como um todo no processo saúde-doença, tão pouco contribuindo com a constituição de uma malha entre os serviços de diferentes níveis de atenção comunitária.

Essa observação pode ser evidenciada ao vermos os trabalhos publicados, como Brêda e Augusto (2001), Nascimento e Braga (2004), Buchele, Laurindo, Borges et al (2006), que apontam que o cuidado ao portador de transtorno psíquico na APS tem se mantido na lógica da medicalização, hospitalização e fragmentação do sujeito, assim como, a valorização a assistência especializada. Características estas mantidas pela forma prescritiva e vertical das políticas de saúde, sobretudo como se dão na formação da maioria dos profissionais de saúde, que mantêm um modelo didático pedagógico tecnicista focado no modelo biomédico.

Nas políticas de saúde essa verticalização foi observada na dicotomia de implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), onde se reivindica seu papel como estratégia, porém, seu lado prescritivo é representado por sua condição de programa, estabelecido e normatizado com metas e passos definidos que atendem os relatórios de produção (OLIVEIRA; CONCIANI; LUCCHESI et al, 2007). Já nas Instituições de Ensino Superior (IES), em particular de Enfermagem, se discute o papel do ser enfermeiro como um sujeito crítico e transformador, porém, as abordagens pedagógicas tradicionais e tecnicistas ainda são presentes, provocando uma dissociação entre a teoria e a prática no ensino (NIETSCHE, 1998). Os que presenciamos na atualidade, são planos de ensino

organizados no sentido de formar um profissional reflexivo, porém, a prática encontrada nos serviços, ainda é subsidiada no modelo biomédico e sustenta a hegemonia do profissional médico na equipe de saúde.

Ainda, sobre a formação do profissional enfermeiro, Ide e De Domenico (2001) ao desenvolverem um estudo acerca do ensino revelaram o cenário desolador existente nas práticas de formação desse sujeito. Segundo as autoras, as produções de sentido e a realidade da prática seguem um descompasso, onde de um lado temos os projetos pedagógicos veiculados às ações de sujeitos ativos e participantes das organizações dos processos de saúde; e de outro lado o cotidiano institucional funcionando na lógica taylorista, que pouco estimula a criatividade e transformação destes atores e espaços.

Essas contradições existentes nas políticas de saúde, na APS e nos projetos pedagógicos de ensino com a prática nos serviços, reforçam o distanciamento histórico entre a saúde mental e as demais práticas e níveis de atenção à saúde. As políticas de saúde não priorizam a atenção à saúde mental na APS, tão pouco, o ensino consegue em sua prática viabilizar uma vivência transformadora na atenção psicossocial. Portanto, a realidade da atenção à saúde mental é repleta de contradição, embora essa seja necessária e essencial, pois é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem inseparáveis da realidade, estando presente na totalidade ou nas suas partes (KONDER, 1989).

Apesar dessa relação de contrários existente entre as práticas, instrumentos prescritivos, legislação em saúde, gestão pública e formação profissional, esses dois campos de atenção a saúde têm muitas possibilidades de se comunicarem e constituírem novas práticas profissionais. Conforme defendem Oliveira, Vieira e Andrade (2006), ambos os campos definem a saúde de forma integral e apresentam novas formas de cuidar, que vão além do modelo biomédico e prescritivo.

Dessa forma, constituir competências para atuação do enfermeiro na atenção primária representa uma das possibilidades de diálogo entre esses campos, ao mesmo tempo em que poderá construir novos saberes em saúde mental na APS. Também estará atendendo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que dentre suas diretrizes solicita a ampliação de modo decisivo das ofertas de ações de saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2001a), em especial das equipes de ESF e ACS.

Neste trabalho, partimos do pressuposto de que há inúmeras mudanças que operam no campo das políticas e das práticas em saúde que provocam a reflexão sobre o cotidiano dos serviços de atenção à saúde coletiva. Um dos desafios é ofertar atenção integral à saúde das pessoas, o que exige adoção de novas práticas para o cuidado em saúde, norteados pelos conceitos de autonomia e integralidade (AKERMAN; FEUERWERKER, 2006). Assim, a constituição de novos saberes e fazeres de cuidado em saúde é essencial, sobretudo, ao enfermeiro, que é um profissional presente nos cenários e equipes de atenção à saúde (LOPES NETO; TEIXEIRA; VALE et al, 2007). A ausência dessa construção, nos contextos da formação, gestão e prática, revelam no cotidiano da ESF uma incompetência na atenção a saúde ao sujeito na dimensão do sofrimento psíquico.

Assim, partimos de algumas questões que orientam o desenvolvimento do presente trabalho: na formação (IES e educação permanente) do enfermeiro são desenvolvidos saberes para atenção em saúde mental na APS? O contexto de organização e gestão do ESF possibilita o desenvolvimento de competências para atenção em saúde mental? O enfermeiro, a partir de sua prática cotidiana na ESF, vem mobilizando saberes e habilidades na atenção integral a pessoa/família, incluindo os aspectos afetivos e psíquicos? Quais são esses saberes e fazeres?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a constituição de competências do enfermeiro na atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família na ESF, a partir das práticas do serviço na APS.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar quais os saberes foram desenvolvidos na formação do enfermeiro da ESF que lhe constituiu ou não competência para atender saúde mental;

Identificar os saberes e fazeres constituídos na prática dos serviços de APS para atender a pessoa em sofrimento mental e da família;

Identificar possíveis espaços/estratégias de construção de competências para atender pessoas em sofrimento mental no ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de reflexão sobre o objeto de estudo foi realizado à luz de alguns determinantes históricos, econômicos, políticos e científicos que influenciaram e influenciam as práticas de saúde, em especial no contexto da Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e APS.

Reconhecendo a dinamicidade destes determinantes como processos em constante movimento, assim como sua influência na constituição dos saberes e fazeres dos profissionais enfermeiros, começamos a discussão a partir do final da década de 80 do século XX. Lucchese (2005) ao estudar a necessidade de constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental e enfermagem psiquiátrica, trouxe a importância desse período para as práticas de saúde:

O final dessa década (70) e dos anos 80 são marcados por uma grande crise econômica mundial, fazendo com que as políticas sociais brasileiras fiquem delegadas a segundo plano, mobilizando a opinião pública. Assim, emergem os movimentos populares que reivindicam melhores condições de vida, como o da Reforma Sanitária, cujos princípios são consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que representou a base de sustentação para posterior efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). (LUCHESE, 2005, p. 40)

Após definir o marco histórico inicial deste estudo, apresentaremos aos modelos de atenção à saúde e a formação dos enfermeiros a partir deste período e encerramos na necessária constituição de competências para atenção de saúde mental na APS.

3.1 Os modelos de atenção à saúde e a formação dos enfermeiros a partir dos anos 80.

A Saúde no Brasil tem como modelo de atenção, historicamente predominante, voltado para a doença, com foco hospitalocêntrico e medicalizante consolidado, com uma relação mercantilizada entre médico e paciente. O período conhecido como “milagre econômico”, que perdurou de 1964 à 1985, possibilitou que esse modelo fundamentasse fortes raízes nos serviços de saúde e na população, pois, durante a ditadura militar a repressão não permitia espaços para discussão das questões sociais pelos atores envolvidos na questão saúde, político-econômica e administrativa (LUZ, 1991).

Nesse período a formação do enfermeiro assumia, hegemonicamente, as funções administrativas no contexto hospitalar, local ideal enquanto forma de organização do trabalho para a materialização do cuidar clínico, voltado para o indivíduo com ênfase na distribuição de tarefas e o cuidar curativo (ALMEIDA, ROCHA, 1997). Esses autores ao tratarem do modelo clínico das práticas do enfermeiro, dizem que:

[...] tem por finalidade a recuperação do corpo individual. E o agente que histórica e socialmente preside este processo é o médico, que através dos meios de trabalho, do saber da clínica, permite manipular, conhecer e restaurar o objeto do trabalho médico, que é o corpo, a fim de atender a esta finalidade, produzindo a recuperação. (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p.19)

O campo psiquiátrico seguia a mesma lógica de formação, Silva e Fonseca, (2005) ao discutirem o trabalho em saúde mental, afirmaram que o enfermeiro exercia o papel gerencial direcionado pela autoridade, controle disciplinar com “[...] hierarquização de lugares e saberes, respaldadas pelo esforço corporativo de garantir a categoria unidade e legitimidade deontológica (SILVA; FONSECA, 2005, p.443).

Nessa época o regime asilar na saúde mental estava em franco processo hegemônico, trabalhar em hospitais psiquiátricos tinha uma característica diferenciada dos demais locais de trabalho, pois era visto como um castigo para o profissional, onde: “[...] a admissão para o quadro de funcionários tinha a mesma conotação da admissão de um paciente: absoluta falta de escolha” (SILVA; FONSECA, 2005, p.443).

Apesar desse cenário instituído, a partir de 1983 observamos os movimentos de transformação, liderados por representantes da sociedade e alguns

políticos, iniciando uma luta pelos direitos a cidadania, dentre eles à saúde. Pela primeira vez na história do país, a saúde teve seu panorama ampliado, pois passou a ser vista como direito de todos e dever do estado. Esse movimento contra-hegemônico foi denominado como Reforma Sanitária (LUZ, 1991). E no ano de 1986 culminou com o evento político-sanitário mais importante da década – a VIII Conferência Nacional de Saúde (RAMMINGER, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu intelectuais, profissionais e políticos da época, no qual foram divulgados os princípios básicos para a formação de uma nova política de saúde. Política esta que reconheça a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, com controle social, com ampliação dos recursos financeiros (RAMMINGER, 2006) e, o que consideramos mais instigante e influente para o sistema/serviços de saúde atual, sobretudo, para o do ESF e o processo de Reforma Psiquiátrica, é a aplicação do conceito ampliado de saúde – clínica ampliada.

Quando pensamos na palavra clínica, logo nos remetemos a pensar em um diagnóstico médico ou exames e prescrições medicamentosas, a fim de prevenir ou tratar determinada doença, porém o conceito de clínica ampliada abrange um contexto mais macro sobre a questão saúde/doença das pessoas (BRASIL, 2004a). O MS, por meio do núcleo técnico das políticas de humanização, propõe que:

[...] o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça de viver outras coisas na sua vida. (BRASIL, 2004a, p. 11)

Desta forma observamos o quanto o relatório da VIII Conferência influenciou na elaboração da nova Constituição Federal, assim como nas diretrizes e princípios do SUS (RAMMINGER, 2006). Essa presença é sentida também nos dias atuais, pois a discussão de clínica ampliada aparece para a gestão em 2004 com as políticas HUMANIZASUS (BRASIL, 2004a). Em 1988 a constituição brasileira viabilizou a criação do SUS, amparado e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90.

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, dos objetivos, atribuições, planejamento, orçamento da saúde (BRASIL, 1990a). A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação

da comunidade por meio dos conselhos de saúde, e sobre a transferência de recursos financeiros, ou seja, a participação de cada nível de gestão (BRASIL, 1990b).

Nesta mesma década, o conceito de saúde mental era revisitado no Brasil, por meio de um movimento inspirado no modelo italiano de Franco Basaglia marcado por lutas, um dos que mais destacaram-se foi o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Tratava-se da união de trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares no questionamento da segregação da loucura, sob o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Neste contexto, inicia-se uma longa caminhada pela desospitalização do doente mental e pela busca de sua cidadania (TAVARES, 1997).

Um marco significativo na conquista por melhorias na qualidade da assistência a usuários com transtorno mental foi o projeto de Lei nº 3657/89, do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, construção de serviços substitutos e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989).

Assim, observamos as amplas transformações políticas, culturais, sociais, administrativas e jurídicas que se iniciaram na década de 80 e imprimem-se fortemente nos modelos hoje presenciados. Estas são especialmente importantes para as transformações no modelo de assistência a saúde brasileira, não somente na forma operacional, mas também em uma nova forma de construção dos saberes em saúde.

Porém, todos estes eventos não foram suficientemente efetivos para garantir a completa consolidação do SUS e da RP, até o momento. Amarante (2007, p.65) ao tratar das dimensões que envolvem um processo social complexo como a saúde, fala que as ações envolvidas abrangem muito mais do que conhecimentos científicos, pois: “[...] são aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética. Estes aspectos são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais [...]”. Afinal a historicidade da sociedade brasileira construiu e se constrói num contexto, em que o modelo biomédico, as escolas tecnicistas, indústria de consumo, indústria farmacêutica, neoliberalismo e globalização entre outras, se fazem presentes de forma muito expressiva.

Apesar de todas essas características instituídas, as forças e movimentos instituintes conseguem um contraponto importante na construção dos

valores e direitos da sociedade em muitos aspectos, segundo Konder (1989) está na contradição o movimento básico da dinâmica existencial dos seres humanos.

Essa afirmação fica mais clara, quando vemos o surgimento da ESF e a construção da Reforma Psiquiátrica, ambos os resultados destes desdobramentos ocorridos a partir das décadas de 70 e 80, constituiu-se e constituem-se em um movimento de contrários, avanços e retrocessos, inerentes aos processos de transformação.

A ESF foi concebida pelo MS em 1994, com o objetivo de reorganizar as práticas assistenciais de saúde, com a proposta de superar o modelo centrado na doença e no hospital; buscando a concepção de saúde centrada no sujeito, família, comunidade e na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 1998).

Como estratégia de atendimento, para atingir os objetivos do SUS, a ESF possibilita uma organização do trabalho, em que teoricamente, o enfermeiro exerce um papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência. A ESF possibilita ao enfermeiro organizar seu trabalho para além do cuidar clínico e curativo, instituído historicamente a sombra do modelo biomédico (FAUSTINO, 2003, OLIVEIRA; CONCIANI; LUCCHESI, 2007).

Por outro lado, na saúde mental a Reforma Psiquiátrica é um processo político assistencial mundial, em que visa fazer com que o modelo asilar deixe de ser hegemônico. No Brasil, apesar de ter iniciado tardiamente em relação à Europa e Estados Unidos, surgiu como uma proposta de ruptura do modelo clínico-psiquiátrico, fazendo-se necessário a construção de novos saberes e práticas. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) criado pela Portaria/SNAS Nº 224 - 29/01/1992 (BRASIL, 1992) veio como um dos dispositivos substitutivos das práticas de assistência psiquiátrica hospitalar, posteriormente passou a ser regulamentada pela Portaria Nº 336/02 (BRASIL, 2002).

Dentre as características do CAPS podemos observar sua territorialização, responsabilidade pela demanda, desinstitucionalização, vínculo, equipe multiprofissional, foco centrado no indivíduo/família/comunidade, projeto terapêutico, interação com os recursos comunitários, entre outras que possibilitam sua convergência com as ações propostas pela ESF, fazendo destes, estratégias inovadoras na promoção a saúde (SCÓZ; FENILI, 2003, OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Neste mesmo período, o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental abriram-se, timidamente para as influências das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, surgindo trabalhos que apontavam para as novas práticas de enfermagem (LUCCHESE, 2005). Estas, até então, direcionavam os estudos para o doente e, em um processo de lenta mudança de paradigma, o objeto de estudo passou a ser não apenas a doença, mas o indivíduo, a família, a qualidade de vida destes.

Apesar de a enfermagem estar caminhando junto com as reformas sociais no campo da saúde, ela institucionalizou-se no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico, o que faz do ensino tradicional e tecnicista muito presente na formação destes profissionais. Segundo Lucchese (2005) existe um descompasso entre o ensino e as práticas, entre o teórico e o prático na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e desses com as políticas de saúde atuais, que instituem a desinstitucionalização do doente mental.

A afirmação da autora nos faz pensar nessas assimetrias, não somente na saúde mental, visto que as práticas de saúde em enfermagem de um modo geral continuam presas ao cuidar clínico. Portanto, as contradições também são evidentes na formação do enfermeiro, o ensino busca a superação de um paradigma tanto nas práticas pedagógicas, quanto no sentido de atender a atenção psicossocial e princípios do SUS, porém, quando os alunos são levados aos campos práticos, presenciam a assistência, predominantemente, biológica e medicalizante (LUCCHESE, 2005).

Outros estudos descrevem que as ESF estudadas refletem, em muitos aspectos o modelo biomédico de assistência, em seu âmbito curativo, medicamentoso, fragmentado, especializado e alienado (BRÊDA; AUGUSTO, 2001, MERHY; MAGALHÃES JUNIOR; RINOLI et al, 2003, BUCHELE; LAURINDO; BORGES et al, 2006).

erhy (1997) já apontava para a necessidade de se reconstruir autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e, ao mesmo tempo, configurando-se um trabalhador coletivo que contribua para a construção de espaços institucionais formado por um conjunto de atores sociais. Os profissionais passam a ter melhor definição de suas competências e maior controle de suas atividades, prevalecendo o compartilhamento durante todo o desenvolvimento do processo de trabalho.

Ainda sobre esse aspecto, Lunardi-Filho, Lunardi e Spricigo (2001) fizeram uma reflexão sobre qual seria a postura que os enfermeiros estariam adotando em seu cotidiano profissional, uma vez que ele está inserido em uma constante relação de forças e enfrentamentos, como: não valorização cultural, modelo hegemônico biomédico, mercado de trabalho neoliberal, entre outras. Essas forças permitiriam ao profissional esse não pensar, não questionar, não ocupar os espaços e possibilidades que o levariam a sua ascensão profissional, enquanto sujeito no processo de trabalho.

Um exemplo claro dessa afirmação é a distância existente entre a ESF e o CAPS. Como abordado anteriormente, ambos têm em seus princípios as Diretrizes do SUS e outras características que se convergem para ações de saúde mental na ESF, pois defendem os direitos aos serviços de saúde, a constituição de rede em saúde articulada ao social, efetivando ações terapêuticas “que privilegie o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a co-responsabilização do sujeito por sua saúde” (MUNARI; MELO; PAGOTTO et al, 2008, p. 786-7). Contudo, não conseguem estabelecer um canal de comunicação entre esses serviços (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Quando pensamos nessa afinidade teórica de princípios e diretrizes entre atenção à saúde mental e a ESF nos remete a uma inevitável comparação com o cotidiano do serviço, que está na contramão desta tendência combinatória. Assim, inferimos que o sujeito e a família não são atendidos em sua integralidade. Para tal, a Lei orgânica 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em seu Capítulo II, institui que:

Art.7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção; (BRASIL, 1990a, p.s/n)

A ESF é ‘oferecida’ pelo governo justamente para romper com essa lógica do trabalho em saúde, em que a dinâmica é centrada no médico, na doença, na fragmentação do sujeito. Segundo Merhy (1999), não há dispositivos potentes para isso, pois a mudança está centrada na estrutura, na forma como se

desenvolve o serviço. Concordamos com o autor, pois existem muitos processos instituídos pela gestão dentro das práticas da ESF, como: cobertura vacinal, vigilância e controle das doenças crônicas e infecto-contagiosas, pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança, hiperdia, entre outras, que não abrem espaço para discussão da realidade local, imprimindo às práticas desenvolvidas nestes serviços a mera execução dos programas pré-estabelecidos pelo sistema de saúde, assim, associando o cotidiano do serviço a atividades prescritivas, pré-formatadas.

Além dos fenômenos citados, outros são destacados por Merhy (1999), ao afirmar que as políticas de saúde no Brasil ainda têm um caráter centralizador muito forte, isto fica claro na obrigatoriedade de implantação do ESF, na verticalização dos programas, assim como não levar em conta a falta de estrutura física e organizacional e a heterogeneidade do país, além da rotatividade e desqualificação dos profissionais como resultados dos contratos precários de trabalho e políticas locais.

Ciente dessa situação estabelecida nos serviços da atenção primária em saúde (APS), a gestão central vem organizando serviços como a Equipe de Referência e Apoio Matricial, que vem como um arranjo organizacional capaz de resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção (BRASIL, 2004b).

Com base na produção de Starfield (2002), adotada também pelo MS, conceituaremos APS como nível de atenção à saúde dentro do SUS, ocorrendo em uma instância em que possibilita um olhar centrado também nas pessoas no local onde elas vivem. Assim, este nível se dá em um contexto que envolve a territorialidade das pessoas/família/comunidade, podendo então perceber as suas reais necessidades, e desta forma: nível primário de atenção à saúde, pois teoricamente estaria ao alcance de todos os indivíduos e famílias.

E é neste momento que apontamos para a exclusão e distanciamento da atenção às pessoas em sofrimento psíquico na APS, pois, a saúde mental não é contemplada pelos programas prescritivos do MS para atenção básica, incluindo a ESF. Podemos observar isso no que é pactuado pelas Gestões, como os relatórios que alimentam o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB), ao que é instituído pelas equipes de USF na promoção e prevenção de saúde como organização do trabalho, pois nas duas situações não há espaço para a Saúde Mental (OLIVEIRA; CONCIANI, LUCCHESI et al, 2007). Por outro lado, o

processo de Reforma Psiquiátrica/atenção psicossocial não se efetiva de forma sustentável se não sintonizar suas ações com os dispositivos de APS, haja vista a necessidade de formação de rede de atenção.

Assim, o enfermeiro que atua na APS está contextualizado em uma realidade em que ainda há um enquadramento rígido do modelo biomédico e uma evidente necessidade de superar este molde, se estiver buscando a integralidade da atenção da pessoa e família. Esta integralidade não dissocia a saúde mental, mas, desenvolver estas práticas na APS é um desafio para o profissional, dado o distanciamento histórico entre elas, há de se constituir saber/fazer inovadores, criativos, audaciosos.

Lancetti e Amarante (2006), ao tratarem em seu estudo a saúde mental e a ESF, destacam inúmeros aspectos comuns que nos fazem vislumbrar ações de saúde que percebem a integralidade dos sujeitos/família. Para tal destacam aspectos como a interdisciplinaridade das relações de trabalho e territorialidade, entre outras, que por sua vez possibilitam relações interpessoais onde o lidar com o sofrimento acaba por ser inerente ao cuidar em saúde na ESF.

De uma maneira geral, esses poucos aspectos da historicidade da saúde brasileira trazidos para discussão, já conseguem nos fazer refletir o quanto houve mudanças e resistências no contexto saúde. Ao mesmo tempo nos faz pensar na dialética do processo, pois, da mesma forma que lutamos contra as práticas tradicionais de saúde, as legitimamos mantendo as condutas tecnicistas e curativas. Contudo, apresentaremos o caminho da constituição de competências na atenção à saúde mental na APS.

3.2 Atenção à saúde mental na APS: a necessária constituição de competências.

Sem a pretensão de esgotar a discussão em torno do conceito de competências e, sobretudo, não negando a existência de divergências sobre o tema, faremos aqui uma contextualização pontual e parcial. Iniciaremos a abordagem da constituição de competências na enfermagem, especificamente, da atenção à saúde mental na APS, reconstruindo o caminho relativo ao processo de formação do enfermeiro, partindo das necessidades de acompanhar as

transformações ocorridas na saúde e sociedade a partir da década de 80 do século XX, até o ponto de introdução do termo 'competência' nas Diretrizes Curriculares.

As discussões a acerca da atual necessidade de mudanças que os currículos de enfermagem deveriam apresentar, iniciaram em 1994, evocada a partir da nova forma de trabalhar o contexto saúde nascido com a Reforma Sanitária e efetivada com a Constituição Federal e Leis Orgânica. Até então o currículo vigente era de 1972. Foram então apresentadas propostas pela Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEn), em que a Portaria 1972/94 regulamentou o Currículo Mínimo de Enfermagem e realizou o primeiro Seminário Nacional Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEn (FAUSTINO, 2003).

No referido Seminário foram apresentadas várias Diretrizes que deveriam fazer parte da formação do trabalhador de Enfermagem na graduação, entre elas a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB/96, que extinguiu os currículos mínimos dos cursos de graduação e estabeleceu as Diretrizes Curriculares como responsáveis pelas formações de nível superior (FAUSTINO, 2003).

As Diretrizes Nacionais Curriculares para a Graduação de Enfermagem (DNC/ENF) foram regulamentadas pelo Ministério da Educação (MEC) em 2001. O grande desafio das IES de enfermagem foi/é de aproximar a formação dos alunos ao proposto pelas diretrizes do SUS, de maneira que este aluno atue com competência no atual contexto sócio-econômico, político e cultural (FAUSTINO, 2003). Os currículos de graduação em enfermagem orientados pelas DNC/ENF e que se fundamentam no campo do saber da profissão de enfermagem, visam a promover no aprendiz a competência e o desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente (LUCCHESI, 2005).

Assim, são impressas mudanças no saber/fazer no ensino e na prática, que consolidam o SUS pela formação do profissional autônomo, responsável pelo próprio aprendizado contínuo, ator das transformações no contexto da saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008). Essas modificações na saúde, em estratégia de planejamento (novas práticas) e conceito operacional (princípios) fazem emergir a necessidade de constituirmos novos saberes e fazeres, haja vista que a visão biomédica e fragmentada do sujeito não atende mais as demandas do indivíduo e de coletivo em saúde, assim como não mostrou eficácia (CECCIM; FEUERWERKE, 2004) sem negar esses saberes

Como também a preocupação excessiva do ensino tradicional e bancário em acumular conhecimento não é suficientemente consistente para transformar uma situação. As transformações requerem saltos de qualidade que provoquem ruptura com o modelo biomédico. Portanto, construir novos saberes e práticas é preciso, mas, é imprescindível que se saiba aplicá-los em cenários reais (LUCCHESE, 2005).

As IES de Enfermagem, a partir de então, trabalham na direção deste novo modelo de assistência à saúde, o Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, através da resolução CNE/CES Nº. 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu entre outros artigos que:

Art. 5º - A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades:

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. (BRASIL, 2001, s/n)

É necessário neste momento do estudo, entender qual o conceito de competência que nos reportamos para o ensino de enfermagem. Trata-se da abordagem pedagógica por competências, em que Jobert (2003) faz a distinção do significado de competência e qualificação, esta última diz respeito a saberes e habilidades construídos socialmente, independente das condições de aplicação.

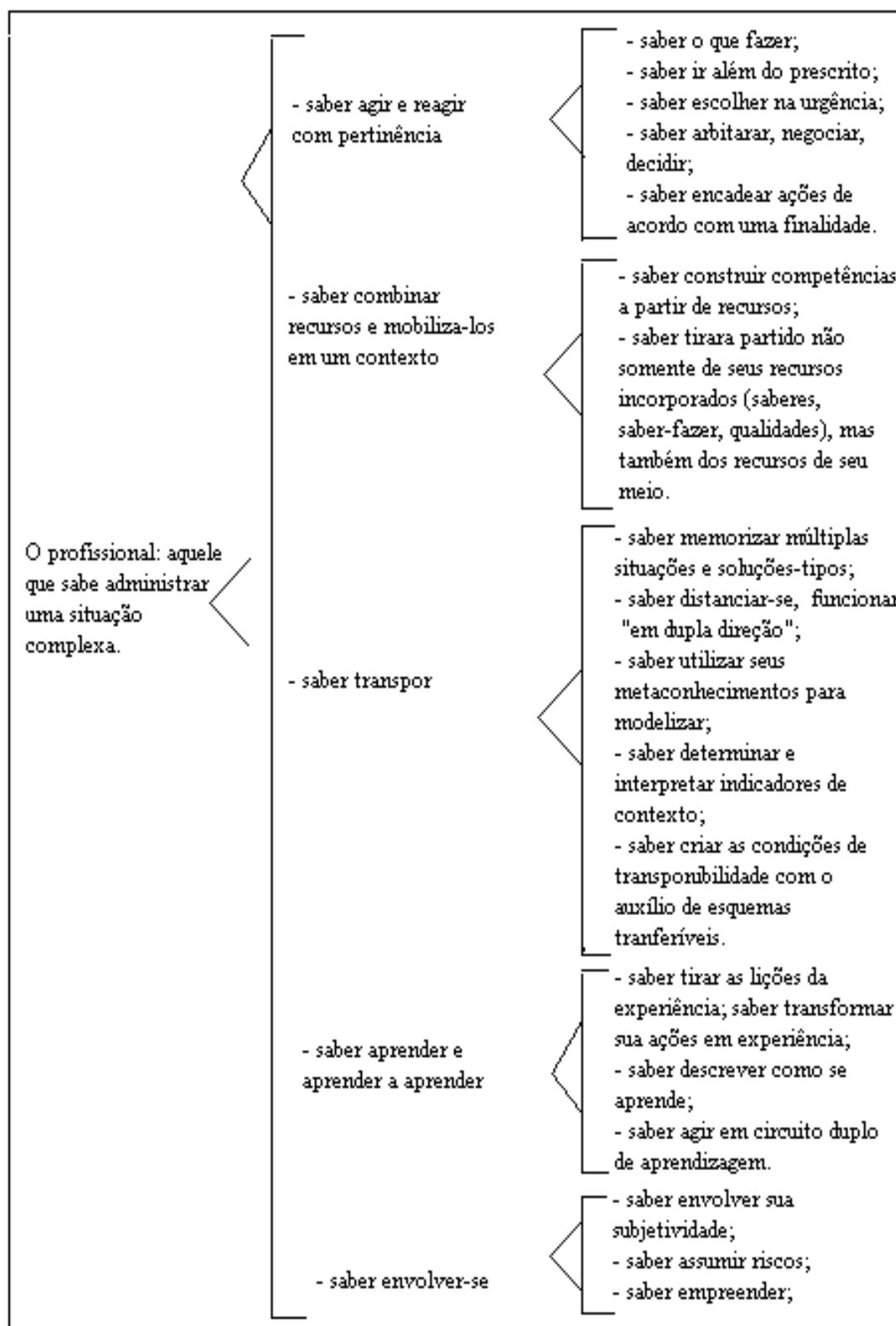
Conforme Perrenoud (1999) competência é a situação real de como as coisas se dão na prática, separadas da teoria. É o desempenho em uma situação real, como as coisas se apresentam no contexto em que se está inserida. Não estamos falando de competência como uma pessoa eficaz que atenda às necessidades do mercado consumidor, esta se refere ao trabalho de forma geral, que é bem mais complexo.

Lima (2005) relata que o tema competência vem sendo discutido nas últimas três décadas, porém, mantém-se um conceito polissêmico, variando seu significado segundo autor, setor e país.

Para Macedo (2002) competência mobiliza recursos cognitivos e normativos. Entre os recursos cognitivos estão os saberes, as capacidades ou habilidades, estando os saberes divididos em conhecimentos declarativos (fatos, leis), procedimentais (como fazer) e condicionais (quando intervir). Para o autor as competências vão se construindo mediante as situações práticas que enfrentamos com certa frequência. Quando trazemos essa afirmação para as práticas de saúde na ESF, podemos dizer que essa frequência na Saúde Mental não existe, pois dificilmente abrimos espaço para esse campo da saúde.

Ainda, nessa lógica, Perrenoud (1999) afirma que todas as ações humanas exigem algum tipo de conhecimento, por vezes superficiais, outrora profundos. Também relata que todos são originados a partir da experiência pessoal, senso comum, cultura, pesquisas, e outros. Assim, espera-se do profissional a constituição de saberes/fazeres e buscamos em Le Boterf (2003) a fundamentação de tais recursos, apresentada a seguir em um quadro sintético:

Quadro 1 – O perfil do profissional: quadro sintético. Le Boterf. Porto Alegre, 2003, p. 92



O profissional é aquele que saber administrar uma situação complexa, que envolve os seguintes saberes/fazer: saber agir e reagir com pertinência; saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; saber envolver-se (LE BOTERF, 2003).

Diante dos saberes necessários à um profissional e considerando que saúde mental na APS sempre foi tratada como algo não pertencente a esse nível de atenção, pois sempre foi vista como especialidade e com uma terapêutica de institucionalização, portanto, atendê-la no ESF pode ser caracterizada como uma situação-complexa ou situação-problema a ser superada. Macedo (2002, p.115) trata situação-complexa como: “[...] fragmentos relacionados com nosso trabalho, nossa interação com as pessoas, nossa realização de tarefas, nosso enfrentamento de conflitos”. O referido autor descreve uma situação-problema como aquela que propõe uma tarefa, que mobiliza no sujeito recursos, ativa esquemas (hábitos, organização de vida, que pautam nossa conduta) e o conduz a tomar decisões no sentido de solucionar problema de maneira crítica e criativa.

Le Boterf (2003) afirma que o profissional é aquele que sabe administrar uma situação-complexa, agindo e reagindo com pertinência, combinando recursos e mobilizando-os num contexto, transpondo recursos, aprendendo a aprender a aprender e envolver-se. Assim, ele se vê diante de uma situação que o desafia para uma realização, formula hipóteses e julgamentos, compromete-se com a resposta e decide e age.

Transpondo toda esta discussão quanto a situação-complexa (situação-problema) para a compreensão do objeto desta pesquisa, podemos dizer, então que atender o indivíduo em sofrimento mental e família no ESF configura-se uma situação-complexa. Isso responsabiliza o profissional enfermeiro a tomar uma decisão e desencadear todo um processo de mobilização de recursos para a solução dessa situação.

O repertório de recursos do profissional conta para atender a pessoa em sofrimento psíquico é constituído de saberes e fazeres pertinentes ao que ele vivenciou até o momento, tanto na sua formação, quanto na vida social. Muitas vezes, o que ele pode contar, especificamente na formação, foi com referenciais construídos a partir do modelo biomédico (LUCCHESI, 2005) que perpetua a lógica de asilamento e apartação desses sujeitos do nível de APS.

Essa última afirmação se reforça na medida em que verificamos como o tema saúde mental, nos dias de hoje, ainda é excluído das práticas de saúde em diversos serviços, como na APS e nos hospitais gerais. Situação também refletida no ensino, pois, várias instituições formadoras norteiam-se pelo modelo tradicional e tecnicista, dando ênfase ao saber biomédico. O reflexo disso pode ser observado nos serviços de saúde, como por exemplo, o CAPS que em muitos locais no território nacional, ainda não se efetivou como modelo substitutivo, e o ESF que não incorporou à saúde mental em suas práticas (AMARANTE, 2007), o que se constitui movimento contrário a constituição da integralidade do cuidado. As competências para atender a saúde mental no ESF devem ser constituídas, a partir de novos saberes e fazeres em sinergia com o modelo psicossocial, para que possa romper com esse modelo biomédico (AMARANTE, 2007, OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006) e, esse fenômeno, que é complexo, está em construção.

4 METODOLOGIA:

4.1 Tipo de Pesquisa

Buscando atender aos objetivos propostos e desenvolver a temática do estudo, realizamos uma pesquisa descritiva-exploratória com uma abordagem qualitativa, no sentido de apresentar e aprofundar a construção de competências dos profissionais enfermeiros na atenção à saúde mental na ESF.

Este método nos permite trabalhar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, nos propicia a construção de novas abordagens, revisão de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cáceres - MT, onde instituímos as observações sobre o objeto de pesquisa, partindo da experiência profissional na prática no PSF e na docência no ensino superior. Assim, como as inúmeras capacitações oferecidas pela gestão a respeito da ESF, que nos provocou inquietações quanto ao princípio da Integralidade, uma vez que as práticas de saúde mental não faziam parte da APS.

A cidade de Cáceres foi fundada em 6 de outubro de 1778 por Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Governador da Capitania de Mato Grosso, com o nome de Vila Maria do Paraguai, em homenagem à Rainha Maria Primeira – ‘A Louca’. Em 1874 foi elevada a categoria de cidade, com o nome de São Luiz de Cáceres e em 26 de outubro de 1938, recebeu o nome de Cáceres, conforme Decreto-Lei N° 208/38. Sua economia esta centrada na pecuária de corte e eco-turismo, contando com grande número de barcos-hotéis, hotéis fazenda (CÁCERES, 2008).

Em relação à saúde, Cáceres atende a gestão semiplena da atenção à saúde, representada no nível primário pelas Unidades de Saúde da Família, sendo sete no município e duas na zona rural, assim como seis Unidades Básicas de Saúde na área rural. No nível secundário conta com um pronto atendimento que atende 24 horas, um Centro de Saúde de Especialidades (referência e livre demanda agendada), uma unidade odontológica, um CAPS I e um Hospital Filantrópico de doenças infecto-contagiosas (Hanseníase). Já no nível terciário, conta com um Hospital Público Estadual e um Filantrópico (CÁCERES, 2008).

4.3 Sujeitos e participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com três enfermeiros da ESF do município de Cáceres, lotados na zona urbana. Para seleção foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Ser enfermeiro das USF que são utilizadas como campo prático do curso de graduação em enfermagem da UNEMAT;
- ✓ Trabalhar nas respectivas unidades a mais de 2 anos;

Considerando a necessidade de observação da prática dos profissionais em campo, os demais membros das equipes também foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerando que cada ESF contava com onze profissionais e, de que foram observadas três unidades, somou um total de 33 participantes do estudo, não houve discordância na participação da pesquisa.

4.4 Coleta de Dados

O período de coleta de dados deu-se entre os meses de março e abril de 2008, com permanência do pesquisador por uma semana em cada USF.

Utilizamos roteiro de observação como diário de campo (Apêndice III); roteiro de entrevista (Apêndice IV); gravador de voz e os documentos da gestão a respeito da atenção a saúde mental na APS.

O processo de coleta de dados compreendeu o uso de entrevista com o enfermeiro da ESF, utilizamos o modo de entrevista semi-estruturada como maior ênfase nas questões abertas, orientados por um roteiro (Apêndice IV) de caráter flexível, pois consideramos que a pesquisa requer interação, e está pode ser prejudicada diante da rigidez de um método (MINAYO, 2006). As questões foram elaboradas no sentido de estimular um diálogo, em o sujeito falasse da sua formação a partir da IES, da educação permanente e da prática em relação à saúde mental na APS; da sua condição (saberes, fazeres - recursos) para identificar e cuidar das dimensões afetivas e psíquicas da comunidade atendida na ESF.

A entrevista foi realizada nos últimos dias de observação (permanência do pesquisador em campo), dada a necessidade de inserção e familiarização do pesquisador com o campo e trabalhadores locais. Sua aplicação ocorreu em dois dias distintos, para que pudéssemos apreender as reflexões do sujeito estimuladas a partir das questões quanto sua prática.

A observação aqui reconhecida como complementar a compreensão da realidade, foi utilizada em sua modalidade participante-como-observador, propositalmente houve a clareza de relação pesquisador e campo, restringindo-a ao tempo da pesquisa (MINAYO, 2006). Esta foi a técnica aplicado na apreensão da prática do enfermeiro na ESF, tendo como base o Roteiro de Observação (Apêndice III) registrados em um Diário de Campo, pelo período de 5 dias. Em uma das ESF o período deu-se em duas semanas, vista que a existência de um feriado.

Consideramos relevante comentar que houve a busca por documentos produzidos a partir de 2004 na SMS, pois acreditávamos nesta fonte de dados como parâmetros para avaliação das ESF, no sentido de consolidação da atenção prestada por meio de ações, projetos, políticas que caminhem em direção a equidade, integralidade, resolubilidade e humanização do SUS (BRASIL, 2005a). Esta busca na SMS revelou uma total ausência de informações quanto a relação saúde mental/APS ou se quer algum indício de interesse direcionado à área, portanto não tivemos dados documentais para análise.

4.5 O Processo de Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra que juntamente com o conteúdo do diário de campo passaram por um método de análise temática, para tratar os dados colhidos.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática encaminha-se para a contagem de freqüência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (MINAYO, 2006, p. 316)

Seguindo orientações de Minayo (2006) para análise de conteúdo, o material colhido passou pelas etapas operacionais e cronologicamente distintas: pré-análise e exploração do material, com a emergência das unidades de registro, que foram agregadas, classificadas, e por último codificadas em categorias.

Para efeito de apresentação dos dados, ao referenciar trechos de entrevistas considerados importantes para análise, sem identificar os sujeitos, foi atribuído a cada um uma identificação alfa numérica, por exemplo: profissional E (1), E (2) e assim sucessivamente, com seqüência numérica atribuída aleatoriamente. Para os trechos de observação a letra O (1), O (2).

Além de seguir essas orientações técnicas, durante o processo de análise do discurso dos sujeitos buscamos uma aproximação da perspectiva dialética marxista, sem a pretensão, porém de aplicar na íntegra o método dialético. Justificamos esta opção pelo entendimento de que a realidade da atenção em saúde mental na APS pode nos revelar algumas contradições e a dialética, segundo Konder (1989) é um modo de se abranger a realidade com suas contradições e sua dinamicidade, em constante movimento.

Do conjunto de categorias analíticas da dialética, tomamos como a mais pertinente para o estudo a *Práxis*, no sentido de orientar o processo de

categorização dos dados e sua discussão. Sem grandes imersões na análise, focamos a seguir o que utilizamos como fundamentos do estudo.

A dialética de Marx não é um método para chegar à verdade, é uma relação do homem com o mundo, na sua dinâmica, em seu movimento contínuo da luta de seus contrários. Dinâmica essa existente em cada fenômeno, e tende a transformar a sociedade e a natureza, quando o contexto histórico de cada momento determinará tais mudanças. Então, não há uma verdade absoluta, somente verdades que representam um ponto de vista. Portanto, a aplicação deste método não depende apenas do conhecimento técnico, como também de uma visão social da realidade (MINAYO, 2006, GADOTTI, 2001).

Na descrição e exploração da realidade do enfermeiro na ESF, buscamos norte na categoria *práxis*. A *práxis* é uma categoria necessária, que visa compreender os fenômenos humanos em sua gênese e evolução (SEVERINO, 1994), é uma atividade que vai além da prática do ser humano, é tudo que envolve a existência humana na formação de sua realidade (KOSIK, 2002).

No processo dialético de conhecimento da realidade, o importante é a crítica e o conhecimento crítico que promovam a transformação dessa realidade nos planos do conhecimento e do histórico-social. A ação para transformar origina-se na reflexão teórica da realidade a sofrer essa ação, isso porque, para a teoria materialista histórica, o conhecimento se dá *na* e *pela* prática. Na *práxis*, é o acontecimento em consolidar a teoria e a prática. (FRIGOTTO, 1997).

Assim, esse processo de análise que foi conduzido pelos procedimentos técnicos da análise temática e pela aproximação com as balizas da *práxis*, gerou 3 Categorias Empíricas: “Espaços formais de formação do enfermeiro”; “A ESF e a *práxis* transformadora em saúde mental” e “Os saberes/fazeres constituídos para atenção em saúde mental na APS”.

Estas, por sua vez, foram discutidas a luz do referencial teórico da pedagogia das competências e constituição de saberes profissionais de Le Boterf, Reforma Psiquiátrica/atenção psicossocial e de produções de pesquisadores na área de saúde e enfermagem.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, por meio do parecer 451/CEP-HUJM/07 (Anexo 1). Em respeito e cumprimento da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, antes de iniciar o trabalho de campo foi formalizada a solicitação junto aos órgãos competentes – Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Cáceres-MT, na folha de rosto para pesquisa que envolve seres humanos do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM).

Após a anuência dos órgãos responsáveis e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi submetido aos sujeitos (enfermeiros e demais profissionais da ESF) um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constou o objeto de estudo, os objetivos de pesquisa, as estratégias e o modo de participação dos mesmos no estudo (Apêndice I e II). Foi garantido o anonimato e preservado o sigilo das informações coletadas, assim como, assegurado aos investigados o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento em que assim o desejar.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Dos três enfermeiros sujeitos da pesquisa, apenas um era do sexo feminino, com idades de 27, 31 e 37 anos. Concluíram o curso de graduação em enfermagem entre os anos de 2004 e 2005. Um deles frequentou a Universidade Privada, e dois deles uma Universidade Pública Estadual, todas no mesmo estado de ocorrência da pesquisa, além de que, todos já possuíam Pós-Graduação em Saúde Pública e, dois deles atuam na mesma unidade há 29 meses e um há 27 meses.

Quanto aos cursos de capacitação que os enfermeiros participaram e que foram ofertados pela SES, abordaram os seguintes temas: Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN), Diabetes (DIA), Hipertensão (HAS), Preventivo de Câncer de Cólono Uterino (CCO) e de Câncer de Mama, Doenças Tropicais, Pré-natal, Multiplicador para formação de ACS e Agente Indígena e Introdutório do Programa de Saúde da Família.

A seguir apresentamos e discutimos a categoria 1 e suas subcategorias.

5.2 Categoria Empírica 1: Espaços Formais de Formação do Enfermeiro.

Nesta categoria foram discutidos os espaços formais de formação do enfermeiro, no cotidiano das IES em nível de graduação e pós-graduação e pela educação permanente, vista que os discursos revelaram algumas relações ocorridas neste âmbito. Reconhecemos que ambos os espaços, considerados 'formais' passam hoje por reflexão crítica e movimento de transformação quanto as suas estruturas e condução. Assim, focamos estes movimentos de transformação para discutir as subcategorias que constituíram os espaços formais de formação do enfermeiro, a seguir: "Não vivenciou formação em Saúde Mental no serviço" e "A formação que vivenciou em saúde mental não o capacitou para o atendimento psicossocial".

5.2.1 Não vivenciou formação em saúde mental no serviço

Esta subcategoria nos revelou o que afirmou Lopes Neto, Teixeira, Vale, et al, (2007) em seu estudo, em que o MEC e o MS direcionam a formação do profissional enfermeiro como sujeito que trabalhe a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e para tanto a Diretriz Curricular Nacional para Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) acenam nessa direção. Este mesmo estudo também reconhece que existem adversidades nos cenários de aprendizagem e a formação centrada no reconhecimento fisiopatológico se faz presente. Condição que segundo o MS e MEC (BRASIL, 2005b) não se limita à formação na IES, envolve também as práticas de educação permanente.

Contudo, há necessidade de reconstrução de saberes e práticas nas atividades de saúde por parte dos profissionais, reconhecida tanto por estudiosos da área, como pela gestão, evidenciado por meio das Políticas Nacionais de Saúde (PNS). Saberes e práticas que respondam a demanda da integralidade da atenção da saúde, em um espaço de transdisciplinaridade, de valorização dos diversos saberes, contrapondo o ensino fragmentado e compartimentado. Porém, ao observamos os relatos dos três enfermeiros participantes da pesquisa, percebemos a menor valia atribuída à saúde mental na formação em saúde

Não tenho curso, dois anos aqui nunca tive um curso de saúde mental! Então faltou investimento. E(1)

Nunca tive nenhum curso de Saúde Mental. E(2)

Quanto a pós que fiz em saúde pública nem foi mencionado saúde mental, e os cursos que o estado oferece junto com a secretaria nunca teve de saúde mental, pelo menos do tempo que to aqui, nunca teve. E(3)

Essas falas nos remetem a refletir quanto a resistência às mudanças na formação do enfermeiro, uma delas foi mencionada no estudo de Lopez Neto, Teixeira, Vale et al (2007), sobre a baixa aderência dos cursos de IES às DCN/ENF, mesmo após cinco anos de sua existência, reconhecendo suas adversidades. Somado a essa condição, encontramos toda uma complexidade de aspectos necessários para atenção psicossocial explicitados por Souza (2006), a respeito das mudanças de postura na saúde e saúde mental, isto é, a transformação de uma prática de saúde que vá além das técnicas e gestão, imprimindo uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da loucura.

Como observamos, há um cenário contraditório quanto os aspectos de formação do enfermeiro. Enquanto existem movimentos que vêm acontecendo no sentido de que a concepção em saúde na formação do enfermeiro assuma um olhar ampliado, ultrapassando o modelo biológico e as práticas reducionistas à saúde, não podemos deixar de perceber que suas práticas ainda se fazem sustentada em um modelo de assistência individual, curativo e biológico direcionado a doença (SENA, SILVA, GONÇALVES, et al, 2008).

Esses mesmos autores nos revelam a importância de reconhecermos e percebermos essas práticas voltadas à doença e não ao sujeito/família, a fim de valorizarmos e reforçarmos as tecnologias leves no cuidado em enfermagem, estas por sua vez estariam caminhando em direção ao modelo de saúde proposto pelo SUS. Malta e Merhy (2003) complementam este caminho ao discutirem e reverem aspectos dentro da micropolítica do processo de trabalho em saúde que necessitam de reorganização, apontam para necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, por meio da qualificação da força de trabalho destes profissionais, valorizando o trabalho interdisciplinar, o espaço de escuta e as decisões coletivas.

Podemos dizer que essas mudanças já vêm sendo pautadas pelas políticas de saúde desde a Constituição Federal de 1988, pois em seu artigo 200 inciso II, atribui ao SUS as competências para ordenar a formação de Recursos Humanos. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, definiu a participação da união na formação, execução e desenvolvimento de recursos humanos para saúde (BRASIL, 1990a).

Mas as contradições da realidade estudada vão além, vista que durante a coleta de dados conseguimos observar algumas condições que nos induziram a considerar um possível desinteresse quanto a atenção psicossocial, quanto mais a articulação desta com as ações de APS. Ao procuramos informações, registros, documentos entre outros materiais prescritivos que descrevessem a APS no município, encontramos um desencontro de informações em que os trabalhadores da SMS relataram alguns momentos isolados de discussão sobre saúde mental, porém não fora encontrado registros de quaisquer atividades nesta área, dificultando assim uma análise mais específica.

A situação descrita acima se confirma ao observarmos as falas abaixo, em que os enfermeiros deixam claro que o ensino na formação não atendeu às necessidades de saúde mental, assim como a ausência de formação permanente que permeiou/permeia essa interseção da ESF com saúde mental.

Compreendi um pouco num universo bem amplo, mas a avaliação dos sinais e sintomas, as necessidades que o individuo apresenta, o sofrimento psíquico isso não aprendi. Tenho meus limites [...] falta capacitação. E (1)

[...] só na época da faculdade mesmo. Nós tínhamos a carga horária de Saúde Mental, fora isso nunca teve nenhuma capacitação em Saúde Mental. E (2)

É uma situação bem difícil, porque a gente não tem preparo para lidar com saúde mental, isso eu afirmo porque desde a época da minha graduação a coisa já não foi lá essas coisas [...] e agora então [...] do tempo que estou aqui nunca recebemos capacitação para lidar com saúde mental, nem da prefeitura ou estado, inclusive do CAPS que tem na cidade, nunca sentamos para discutir isso. E (3)

O que foi revelado nas falas acima indica que nem o que está prescrito nas Portarias vem sendo observado, sobretudo ao identificarem o CAPS local como um serviço que não se aproxima das unidades de saúde da família. Amarante (2007) ao tratar dessa relação reafirma que a ESF deve receber capacitação em saúde mental na concepção da reforma/atenção psicossocial, e cabe aos profissionais de saúde mental oferecer esse apoio matricial.

Pelos dados colhidos em diário de campo: O CAPS se estabeleceu no município pesquisado em 2002 e até o momento da coleta de dados não houve uma atuação efetiva junto às ESF. Onde houver CAPS ou outro serviço substitutivo de saúde mental, estes deverão organizar o apoio às equipes de APS, dando suporte técnico à ESF, numa lógica de co-responsabilização e não de encaminhamentos (BRASIL, 2003).

Essa relação entre ESF e CAPS deve ser fortalecida, ambos com seus valores na constituição de uma rede de atenção integral, em que Lancetti e Amarante (2006) vêem na ESF a capacidade de uma inserção territorial mais profunda que o CAPS, e com possibilidade de trazer mudanças muito mais significativas e complexas.

A complexidade aqui foi entendida de forma especial em relação aos níveis de atenção à saúde, pois quando atribuída à saúde mental, segundo Lancetti e Amarante (2006) se dá em uma lógica inversa, em que as práticas em um hospício são padronizadas utilizando tecnologias simples de exclusão e cuidados pessoais (higiene e alimentação). No outro lado, para as APS há necessidade de um trabalho bem mais aprimorado e complexo, envolvendo estratégias em uma apreensão mais difícil de intelecto com atividades terapêuticas muito mais abrangentes.

Um dado de observação significativo para complementação desta discussão foi que, dentre os documentos coletados, além da já mencionada ausência

completa de informes sobre temas de saúde mental envolvendo atividades na ESF, nos chamou a atenção os vários registros de capacitações, seminários e oficinas realizadas com temáticas de outras áreas de especialidades como pré-natal, hanseníase, hipertensão, idoso, imunização, coleta de CCO, outros. Em comum, todos os dados encontrados eram restritos às orientações e normatizações do MS, rigorosamente seguiam os programas e seus manuais, regidos pelas gestões municipais e estaduais.

Corroborando com estes recortes do diário de campo, buscamos alguns fragmentos de falas que complementam estes registros:

Eu fiz todos os cursos de capacitação oferecidos pela escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (Preventivo de Câncer de Colo Uterino, Câncer de Mama, TB, HAN, DIA, HAS, Doenças tropicais, Intensivo de Sistema de Pré-natal, Ensino pra Agente Comunitário de Saúde e Agente Indígena, Medicamentos na Pediatria), e não teve nada de saúde mental. E (2)

[...] fiz um curso de 60 horas sobre acompanhamento do idoso e adolescente [...] acompanhamento do idoso integral tanto dos medicamentos como cuidados básicos na unidade, como caminhada, alimentação, exercícios [...] Dois meses atrás, eu tive um curso de capacitação para estar evidenciando, descobrindo a violência sexual doméstica e infantil [...] inclusive já tem ficha de cadastro, de notificação na unidade de saúde. E (2)

[..]eu procurei foi o de Prevenção do câncer de colo uterino e de mama, o restante foi pela Secretaria de Saúde. E (1)

Eu já fiz Preventivo 80 horas, Câncer de mama, Acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose e doenças topicais, fiz curso de Pedagogia pra ensino pra agente comunitário de saúde e agente comunitário indígena também, é fiz curso intensivo de Sistema de Pré-natal, né, eu fiz Pré-natal esse foi 60 horas, fiz também alguns cursos de medicamentos, mais envolvidos na área de pediatria, acho que só também, o resto foi muito pouquinho. E (3)

Estes achados tanto revelaram uma preocupação na atenção focada nas especialidades quanto uma tendência à fragmentação do objeto da atenção, vista que demandam ações pontuais, sempre direcionadas aos programas prescritivos do MS, com ressalva para uma capacitação com tema de violência doméstica, que também se encontra em vias de padronização com ficha de cadastro e notificação. Sabemos que capacitações assim direcionadas, levam a condição de 'doutrinarem' os profissionais e não provocam reflexão de sua prática. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a reflexão crítica diante do cotidiano dos serviços de saúde possibilita o

controle social e as mudanças nas relações entre os sujeitos envolvidos neste contexto.

As idéias destes autores nos levam a vislumbrar as práticas dos serviços de APS em saúde mental, em um recorte que envolva o sofrimento mental, desviando-nos do risco em reduzir o olhar psicossocial a um mero descompasso físico-biológico.

Um risco muito próximo da prática revelada nas falas dos sujeitos pesquisados, que os colocam em condição de formação contrária ao direcionamento que o MS e o MEC vêm adotando na organização e direcionamento dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das IES. A Portaria 2101 de 03 de novembro de 2005, que institui o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – PRO-SAÚDE – para os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem, visa a necessidade de transformações no processo de formação, geração de saberes e prestação de serviços, possibilitando uma abordagem integral no processo saúde-doença (BRASIL, 2007a).

A DCN/ENF também valoriza as práticas que envolvam tecnologias leves e, por conseguinte possibilitem ações que permeiem a Integralidade no SUS, como uma ferramenta que amplie o olhar dos trabalhadores em enfermagem para além do campo biológico. Tal afirmação se clarifica ao analisarmos o perfil esperado do profissional enfermeiro, em que o mesmo seja capaz de identificar as dimensões bio-psicossociais das situações de saúde-doença, respeitando a integralidade do ser humano (BRASIL, 2001b).

Conforme Mattos (2004), a Integralidade como um dos princípios do SUS, assumiu uma proporção tal, que se apresenta como um norte na luta do chamado movimento sanitário. Segundo o autor, um dos espaços dentre sua dimensão, se apresenta como resposta do profissional de saúde ao sofrimento manifestado e que o levou a demanda de um serviço de saúde, ou seja, não se trata apenas de desenvolver rotinas que garantam ações preventivas ou assistenciais, ou acesso aos serviços, mas sim, perceber as necessidades e intervenções na inter-relação de cada encontro.

Desta forma é desejável a formação nas IES de um profissional enfermeiro que perceba e se perceba nesse contexto de práxis, onde o produto saúde é descrito por estudiosos como um trabalho vivo (MALTA; MERHY, 2003), dito em outras palavras, ele é produzido e consumido em ato, o que possibilita dentro da atenção primária em saúde, ações que dêem representatividade a atenção básica

enquanto práticas de alta complexidade e impacto na qualidade de vida (SANTOS, 2007).

Em condições semelhantes, enquanto necessidades de transformação, encontramos a Política de Formação Permanente em um momento de redimensionamento de ações no SUS. Para tanto, a Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, considerou ser de responsabilidade do MS a formação de recursos humanos para área de saúde, devendo haver relação entre o ensino da saúde, exercícios das ações e serviços em campo, condução de gestão e de gerência e a efetivação do SUS enquanto dispositivo de qualificação das práticas de saúde e educação de seus profissionais (BRASIL, 2004c).

Estas políticas de formação IES e permanente vêm acontecendo em um momento de redimensionamento das ações do SUS, como o Pacto da Saúde, instituído pela Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, na perspectiva de superar as dificuldades encontradas na operacionalização do SUS. Nesse sentido o Pacto abrangeu compromissos sanitários, de consolidação da ESF como modelo de atenção básica, reforçar o SUS como política de Estado e estabelecer as responsabilidades de cada esfera da Gestão (BRASIL, 2006).

Ao (re)presentarmos a ESF como o principal serviço de saúde que atenda a todas essas necessidades para mudança de paradigma no modelo de atenção a saúde, consideramos a direção à ampliação do acesso e universalização da atenção básica no SUS. Entretanto, é necessário investir na qualidade da atenção prestada por meio de ações, que entre outras, a qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais (BRASIL, 2005a).

Apesar de todos esses movimentos instituintes, quer sejam na formação pelas IES ou permanente, nos serviços de saúde ou nas Políticas Sociais de Saúde, o profissional enfermeiro se vê em uma relação dialética dentre estes espaços. Resk e Gomes (2008) ao tratarem desta relação, afirmam que elas formam a base (formação, serviços e políticas) na construção do profissional enfermeiro, onde o cuidar na teoria e na prática nem sempre é efetivo, a realidade muitas vezes revela que a formação técnico-científica reproduz o modelo biomédico, em organizações pautadas no modelo Neoliberal Hegemônico resistente às transformações e impedindo o trabalho coletivo e uma práxis transformadora.

Ao transpormos esta discussão para uma prática transformadora desejável na atenção em saúde, consideramos a necessidade de formar trabalhadores com competências para as subjetividades das relações, e uma área de saber que contribui para este desenvolvimento é a saúde mental. A especialidade busca

sensibilizar o aluno a uma práxis centrada na pessoa, utilizando-se de saberes e práticas destinados ao entendimento do ser humano na sua totalidade, e na reintegração social desse sujeito que sofre psiquicamente (KANTORSKI; PINHO; SAEKI et al, 2005).

5.2.2 A formação que vivenciou em saúde mental não o capacitou para o atendimento psicossocial

Esta subcategoria emergiu das falas dos sujeitos que relataram como foi conduzida a sua formação na IES a partir das disciplinas formais/curriculares em saúde mental, possibilitando correlações com o que muitos estudiosos da área fizeram a respeito da formação de enfermagem em saúde mental. Também podemos perceber no campo de coleta, tanto nas entrevistas como no diário de campo, o espaço existente entre as práticas e saberes de saúde mental a luz da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária e os cuidados de enfermagem que são consumidos pelos usuários da ESF.

A intenção é sustentar nossa discussão no conceito 'ampliado de saúde' discutido pela PNAH e possibilitado pelas políticas de saúde do SUS, bem como o 'cuidado de enfermagem' que trazemos para análise partem de estudos como de Waldow e Borges (2008) em que o modo de cuidar envolva uma relação de sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Essa perspectiva do cuidado relacione-se com olhar que Lancetti e Amarante (2006) atribuem ao discutirem a saúde mental em um contexto em que devemos colocar em parênteses a doença para vermos de fato o sujeito/família.

As práticas voltadas para as pessoas e não para as doenças, são mais prováveis ocorrerem na ESF, pois neste contexto as pessoas são tratadas dentro do espaço em que suas vidas são organizadas (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Assim, consideramos fundamental a importância da formação nas IES do enfermeiro para a constituição de saberes/fazeres em cenários reais de práticas em ESF, com insociabilidade de APS em saúde mental.

Comungando com esta insociabilidade, Kantorski, Pinho, Saeki et al (2005) afirmam que lidar com o sofrimento no cuidado oferecido ao sujeito/família torna-se inerente a profissão de enfermagem, ao mesmo tempo em que ele perpassa o saber e o plano físico, sendo uma confluência de valores. A partir de todos esses

pressupostos a respeito de saúde mental, já analisadas, e sua necessidade de implementação na APS, entendemos que esse processo é complexo, abrangendo diversos campos, e dentre tantos, esta a formação IES.

No entanto, o que está descrito nos recortes das falas abaixo, aponta para uma formação IES ainda presa em práticas reducionistas, que não refletem o conceito saúde na magnitude esperada.

[...] minha formação IES não me possibilitou aprender muito sobre saúde mental [...] tivemos muitos problemas ao longo do curso, lembro que ficamos acampados na reitoria por bom tempo, acho que uns 15 dias, onde reclamávamos falta de professores, campo de estágio, laboratório. E (3)

Na época que eu tava fazendo a graduação, nós tivemos aulas durante seis meses. Esses seis meses de aula, eu não me lembro muito bem, mas nós pegamos o hospital Dia... lá do Adauto Botelho (hospício). E (2)

Na graduação, infelizmente como primeira turma não teve essa parte de saúde mental, teve apenas um estágio de conhecimento de campo. E (1)

Revelaram que o espaço existente entre a saúde mental e a ESF no campo da formação na IES reforçam os achados do estudo já descrito de Lopez Neto, Teixeira, Vale et al (2007), em que o número de IES que implementaram o que solicita as DCN/ENF a respeito dos saberes e fazeres necessários a formação do enfermeiro esta longe do ideal, e adicionamos aqueles que atendam a demanda de saúde mental na APS.

Embora a formação de graduação do enfermeiro em 2001 tenha passado por uma reestruturação de DCN, até hoje contamos com uma adesão de 72% dos planos pedagógicos às mesmas, fenômeno considerado baixo por pesquisadores da área (LOPES NETO; TEIXEIRA; VALE, et al, 2007). As mudanças requeridas pela DCN são em especial, voltadas para uma às necessidades contemporâneas da profissão correlatas às reais carências de saúde da população e políticas públicas de saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Essas necessidades buscam atender as políticas de saúde do país, estando estas em um movimento instituinte desde final da década de 70 do século XX. As escolas de enfermagem buscam uma formação que considere as políticas públicas de saúde por meio de PPP, que estejam aliados ao SUS, em um campo que a estratégia de luta da atenção à saúde em nosso país aprofunde o princípio da Integralidade (SENA; SILVA; GONÇALVES, et al, 2008).

Além das IES apresentarem dificuldades na constituição de saberes para APS com foco na saúde mental, Souza (2006) nos lembra impasses em uma

outra dimensão, a social que cerca esta instância, ou seja, de que essa construção de práticas de saúde mental envolve também um movimento cultural construído historicamente, em que lugar de louco é no hospício.

Contudo, os impasses revelados nesta pesquisa não se restringiram às interferências da efetivação da atenção psicossocial por meio de ações de saúde na APS. Encontramos também outros distanciamentos que podem ser determinantes para construção da integralidade na atenção à saúde; a seguir as distâncias entre teoria e prática:

[..] então as políticas sociais, o programa do governo, na faculdade a gente não tem ela totalmente em estágio [...] mas a minha vontade era de ver se o que estava escrito se na realidade ta funcionando. Associar teoria com a prática [...] e sem disser que hoje quase que 70% da estratégia do governo é a atenção básica, a promoção e prevenção, e na IES há uma lacuna muito grande [...] E (1)

A fala deste enfermeiro deixou clara a distância entre o campo teórico e o prático na formação do enfermeiro. Sena, Silva e Gonçalves et al (2008) ao discutir essas práticas de formação afirmam que as escolas de enfermagem devem vislumbrar uma formação que considere as políticas públicas de saúde para consolidação do SUS. Este mesmo estudo aponta que o cuidado curativista sustentado no biológico ainda predomina nas práticas de enfermagem, e as falas abaixo conseguiram transpor essa afirmação claramente.

Nós pegávamos três pacientes em cada seis alunos, e ali nós íamos estudar ele, pra ver qual era o problema [...] o nosso papel ali dentro era avaliar o paciente com sofrimento psíquico, com problemas psicológicos, era só pra gente avaliar [...] E dali a gente fechava o relatório e entregava pra professora como se a gente tivesse tentando descobrir qual era o problema daquele paciente [...] estudar a patologia, e descobrir o diagnóstico dele. E (2)

De saúde mental lembro que trabalhamos conceitos teóricos das patologias, a legislação, os serviços disponíveis no estado, mas não tivemos nenhum momento prático, lembro que a gente queria ir lá no Aduino Botelho (hospício) fazer um estágio, uma visita, mas acabou que não fomos [...] lembro que fizemos uma visita no CAPS, manipulamos os prontuários, fizemos um estudo de caso da patologia de um usuário, e fomos até a casa dele [...] foi isso. E (3)

Ao considerarmos que os enfermeiros sujeitos desta pesquisa graduaram-se entre os anos de 2004 e 2005 podemos utilizar os estudos de Kantorski e Silva (2000), Esperidião e Munari (2005) que já discutiam a formação do profissional para a atuação em saúde mental e chamavam a atenção para necessidades de

superações. Ambos os estudos apontam para uma formação que ainda privilegiava o saber técnico-científico, e perceberam nas disciplinas curriculares em saúde mental as possibilidades de romperem com essa lógica, vista que estas utilizavam instrumentos que conduziam as ações em saúde dentro de visão da integralidade dos sujeitos.

Sena, Silva e Gonçalves et al (2008) revelam ainda que a enfermagem por sua origem cuidadora, transita suas práticas no campo das tecnologias leves, porém deixa de qualificá-las, pois mantém no campo acadêmico essa desvalia quando comparado ao maior valor do biológico. Autores como Almeida e Ferraz (2008) nos ajudam a entender esse hiato, ao afirmarem que as políticas que o sistema dispõe neste momento além de insuficientes, não foram utilizadas na sua totalidade.

Até meados dos anos 90 do século XX as práticas de ensino de enfermagem nas IES eram restritas aos hospitais escolas em uma modalidade Docente assistencial, quando a partir do 10º CNS desvelou-se a necessidade de ampliação deste campo, abrangendo todas as unidades do SUS. Para isso as DCN/ENF vieram apontando nesta direção, bem como as demais políticas de educação/saúde, porém essas ações ainda não se deram por completo (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Nesse sentido, as falas abaixo demonstram essa construção de práticas direcionadas no campo hospitalar:

[...] tive mais contato com a pessoa na assistência mesmo, lá no hospital (atenção secundária) [...] a gente avaliava os doentes mentais lá no hospital. E (1)

La no Adauto (hospício), durante a graduação a gente cortava unha, dava banho, conversava, ajudava na alimentação, entregava medicamentos[...] pra mim, o que foi de melhor mesmo que tive de conhecimento na área da psiquiatria foi no Hospital Dia [...] foi o que mais aprendi, no cuidado a esses pacientes [...] ali nós lidávamos com o paciente [...] nós fazíamos brincadeiras, nós fazíamos entretenimento [...] nós montávamos a patologia dele, pegávamos o diagnóstico fazíamos metas, fazíamos prescrição dos cuidados [...] ficávamos um mês em cada unidade. E (2)

Diante da realidade revelada pelos sujeitos, acerca da própria formação, destacaremos a seguir duas únicas falas que apontam para um movimento de mudança, provavelmente advindo da valorização de novos espaços para construção das práticas de enfermagem no meio acadêmico. Transformações necessárias na formação de profissionais que atendam as necessidades do SUS,

dentre elas a constituição do conceito ampliado da saúde, com práticas extra-muro dos acadêmicos que possibilitem esse olhar.

Dentre estes espaços, referimo-nos ao Estágio Rural Supervisionado (ERI), em que Silva e Egry (2003) colocam como um componente integrador entre as IES em enfermagem e os serviços de APS. O autor mostrou em seu trabalho que o ERI corroborou com as estratégias de ações locais em saúde, sobretudo com a participação social neste movimento. Além disto, organizações de trabalho como interdisciplinaridade, pois envolvia outros cursos da saúde, a integração do ensino com os serviços de APS e a interiorização destes profissionais.

[...] tem o ERI [...] lá que a gente vê no que o SUS direciona suas ações [...] E (1)

Outro estudo sobre o ERI em Mato Grosso, no curso de medicina, também o descreveu como uma prática inovadora, extra-hospital escola, com possibilidade de aproximação das IES com outros serviços do SUS, principalmente na APS. Porém, mantiveram uma avaliação para acompanhamento e re-estruturação do processo, os resultados encontrados apontam práticas desencontradas que não permeiem essa interseção do ensino com profissionais que atendam as necessidades SUS, e a necessidade de atividades que envolvam ações interdisciplinares no sentido da integralidade (BERTULIO NEVES; SPINNELI, 2008).

[...] no ERI eu fiquei aqui no município [...] não vi muita coisa diferente [...] a gente mandava tudo para o pronto atendimento. E (2)

Refletindo estas dificuldades, as correlacionamos com saúde mental enquanto parte nas ações de saúde na APS, majoritariamente representada pela ESF. Quando Lancetti e Amarante (2006) nos dizem que a saúde mental é o cerne da ESF, e de que só assim estaremos olhando para os sujeitos na sua integralidade, os relatos das entrevistas deste trabalho, como dos demais trabalhos citados, sinalizam um caminho com muitas barreiras e desafios.

Souza (2006) direciona algumas destas dificuldades instituídas que ainda se fazem instituinte, como psiquiatria tradicional, modelo biomédico de assistência à saúde, os valores culturais arraigados ao tratamento da loucura. Ao mesmo tempo traz na articulação entre a ESF e o CAPS uma possibilidade de transformação no modelo assistencial em saúde com a desinstitucionalização da loucura.

Por fim, consideramos os achados de Munari, Melo, Pagotto et al (2008) que analisaram a questão de atenção à saúde mental na APS e concluíram que esta carece de mais pesquisas e discussão na constituição de conhecimento para

efetivação de ações concretas para mudanças. Sobretudo se associado houver investimentos na qualificação do profissional acerca da compreensão da complexidade da saúde mental.

5.3 Categoria Empírica 2: A ESF e a Práxis Transformadora em Saúde Mental

Nesta categoria foram discutidas as práticas cotidianas na ESF em relação às necessidades afetivas e psíquicas das pessoas usuárias do serviço, apontando este espaço como também formador do enfermeiro. Esses apontamentos emergiram de uma subcategoria: “Em qual espaço de formação se deu essa prática?”, orientada pela categoria dialética *práxis*, que muito colaborou na sua constituição, vista que conduziu a codificação dos dados no sentido de compreender o desenvolvimento de competências para ações de saúde à pessoa que sofre mentalmente no contexto da ESF, a partir da prática, do cotidiano dos serviços de saúde. A *práxis* aqui foi entendida como a ação, a atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem produz e transforma seu mundo humano e histórico e a si mesmo (BOTTOMORE, 2001), é própria dos homens livres para escolhê-la e deliberá-la (CHAUÍ, 2001) como atividade social que transforma (VASQUEZ, 1977).

O cotidiano da prática do enfermeiro é uma outra dimensão da sua própria formação, e muitas vezes as transformações ocorrem neste espaço. Na categoria empírica 1, trabalhamos com uma realidade em transformação em dupla dimensão, na saúde e na educação. A primeira: um período de mudanças na saúde, em especial na saúde mental há uma reorientação do modelo de atenção, que chama a responsabilidade do profissional a multiplicados esforços para uma transformação tanto cultural quanto de suas práticas em especial na atenção básica (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Compreendemos, pela instância da *práxis*, que tais mudanças estejam ocorrendo tanto na teoria quanto nas ações de saúde dispensadas nos serviços. A segunda: a formação do enfermeiro que vem lutando para firmar-se junto às políticas educacionais e sociais que direcionam a construção de um profissional crítico e transformador dentro do contexto saúde. Ambas vêm costuradas neste sentido, em que o profissional seja capaz de envolver-se em práticas que construam caminhos para a operacionalização do SUS, onde a saúde passou a envolver um

espaço complexo, que contempla aspectos objetivos, subjetivos e intersubjetivos; organizada em níveis que se apresentam em uma lógica da menor para maior complexidade tecnológica dos serviços oferecidos.

Assim, mesmo diante das limitações da formação do enfermeiro e poucos recursos que fundamentassem ações de saúde mental no nível de APS, os entrevistados revelaram que no cotidiano da ESF depararam-se com situações que envolvem as dimensões do sofrimento humano e que lhes requereram tomadas de decisões no contexto da *práxis*

[...] cada hora é uma coisa diferente aqui né, às vezes o individuo não precisa nem de uma medicação, apenas de uma conversa, um dialogo [...] E (1)

-Um dia me chega uma agente comunitária de saúde fala essa menina ela é dependente química, e ela tem vários problemas sociais [...] E (2)

Todo dia [...] aquela mãe chorava [...] a gestante estava deprimindo [...] o cuidador precisava de apoio [...] E (3)

O cotidiano do enfermeiro na ESF configurou uma realidade que correlacionamos com a concepção dialética de que é na *práxis* que se dá a interação subjetiva e objetiva do homem, possibilitando a concomitância da transformação das idéias sobre a realidade com a própria transformação desta realidade (MINAYO, 2006).

Nesse sentido a ESF, enquanto eixo da APS, não dispõe de tantos recursos tecnológicos duros ou leve duros, desta forma as tecnologias leves impõem ao profissional enfermeiro um saber/fazer que, segundo Malta e Merhy (2003) envolva o cotidiano das pessoas, tornando-as, assim mais impactantes no que se refere à qualidade de vida. Para Amarante (2007) esse saber na APS com envolvimento próximo das pessoas, lidando com o sujeito/família envolve ações sofisticadas e muito mais complexas do que aquelas respostas padronizadas (medicações, contenções, isolamento) que ocorrem no âmbito do hospital psiquiátrico.

Sendo assim a ESF possibilita ao profissional enfermeiro uma prática que envolva uma *práxis* transformadora, pois suas ações têm como foco a família e não somente a doença, e com isso as ações podem ir além do prescritivo, fortalecendo o sentido da interdisciplinaridade (LANCETTI E AMARANTE, 2006). Neste contexto a Reforma Psiquiátrica brasileira, se propôs a ir além da psiquiatria clássica, envolvendo novos saberes e fazeres na forma de percebermos e intervirmos a saúde mental, a partir de um olhar perpassa a doença e veja o sofrimento mental das pessoas, e que suas intervenções não fiquem restritas aos hospitais psiquiátricos (NASCIMENTO, BRAGA, 2004).

Esta proposta da Reforma Psiquiátrica ainda não provocou mudanças no cotidiano das ações de saúde dos sujeitos da pesquisa, muitas vezes eles se encontraram sem referencia de atenção em saúde mental

[...] nós não temos é... .lugares pra que a gente possa levar pessoas (em sofrimento mental), mesmo na vida particular, não temos lugares que a gente pode levar para fazer tratamentos... E(2)

A rede de atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica abrange serviços substitutivos ao manicômio que envolvendo diferentes níveis de atenção à saúde. Estes podem ser específicos de saúde mental (CAPS, RT) ou não (ESF, UBS, Hospital Geral, entre tantos), além de outros órgãos governamentais e sociedade civil (Centro Comunitário, Igreja, Rotary, Ministério Público, entre outros), em que devem existir pontos de encontro entre si, formando uma rede de atenção contando com serviços de saúde e sociais (BRASIL, 2003, AMARANTE, 2007). Temos então a ESF, que se apresenta como serviço de saúde da APS, em que seu foco é o sujeito/família, funcionando dentro do território geográfico e social destas pessoas, fazendo deste um importante serviço substitutivo de atenção à saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Relembramos estes pontos para entendermos o quanto é importante para os profissionais da ESF ampliarem o diálogo entre saúde mental e APS, e esta pesquisa transpõem isto, estarem sensibilizados e atentos ao sofrimento mental dos sujeitos/famílias, e para tal se faz necessário a constituição de saberes/fazerem que possibilitem estas ações.

É evidente a necessidade de um profissional capaz de entender e intervir nessas relações humanas, com conhecimento variado, para tal, que sejam criadas oportunidades de aprendizagem, assim como este percebe a necessidade de auto-investir em conhecimentos. Contudo é importante que a IES instrumentalize estes profissionais, com atitudes mais humanizadas nas suas ações, e para tal, traz a saúde mental como uma possibilidade para despertar estas características (ESPERIDIÃO, MUNARI, STACCIARINI, 2002).

Para somar relevância nestes apontamentos, Fortes (2008) revelou que 56% das pessoas atendidas nas unidades de APS sofrem de Transtorno Mental Comum (TCM), mais uma evidência da necessidade de trabalharmos à saúde mental dentro da ESF, não somente atrás desta informação, mas com ações que envolvam também estes sujeitos, e o olhar ao sofrimento mental nos permitiria assim uma prática cotidiana do enfermeiro que produziria uma práxis transformadora nas ações de saúde.

A partir deste movimento, com olhar no cuidado que envolva a totalidade dos sujeitos, a ESF se apresentaria como peça fundamental/operacional na da rede de saúde. Ao mesmo tempo, forçaria a necessidade de um elo com os serviços substitutivos em saúde mental, em que teriam que representar seu papel, tanto de apoio na condução dos cuidados, como de formação de saberes aos profissionais das ESF.

Esta afirmação foi evidenciada, ao analisarmos as falas dos sujeitos da pesquisa, em que ficou clara a riqueza de possibilidades a serem trabalhadas na prática dos profissionais de saúde na ESF, que vão muito além do olhar reducionista da saúde enquanto disfunção biológica.

[...] Assim tem sofrimento também [...] na maioria das casas aqui não tem o que comer! Não tem saneamento básico, não tem higiene adequada, não há emprego para todo mundo [...] nas escolas através de palestras a gente orienta a higiene, mas tem criança que de manhã vai para escola e não toma banho. E o primeiro alimento que ela tem é na escola. Esse sofrimento aí é uma coisa ampla [...] assim para falar disso só com educação, com envolvimento com a comunidade. E (1)

[...] se pensarmos saúde não apenas como ausência de doença, olhar para o sofrimento das pessoas nos possibilita entender até a saúde mental[...]. E(3)

Estas afirmações colhidas nas entrevistas corroboram com o trabalho Lancetti e Amarante (2006) ao discutirem o campo relacional que os usuários do SUS depositam nos profissionais, tornando-o uma importante ferramenta no cuidado a saúde. Resck e Gomes (2008) também reconhecem a prática cotidiana como local ideal para uma práxis transformadora em saúde, e para isso os autores trazem que a formação do enfermeiro deve ser expressiva, inovadora, que atenda as demandas sociais em que estes profissionais poderão e deverão se envolver, pois as situações vivenciadas no dia a dia de trabalho permitem a construção de caminhos que ajudam na consolidação do SUS.

Outro fenômeno percebido é que, por meio do cotidiano da ESF em contato com as reais necessidades de saúde da comunidade, os sujeitos da pesquisa, passaram a perceber a saúde em seu conceito ampliado, que muito se aproxima do que foi descrito como uma das relevantes contribuições contidas na Constituição de 1988 para com a saúde nacional, sob influência da VIII Conferência Nacional de Saúde

[...] incorporou o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc); o meio socioeconômico e cultural (educação, renda, ocupação etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001, p. 34)

A convivência com a população proporcionou aprendizados significativos para o enfermeiro, e dos discursos analisados sob a luz da *práxis* surgiu a subcategoria seguinte:

5.3.1 Em qual espaço de formação se deu essa prática?

Esta relação interpessoal dos sujeitos (profissional/usuários) dentro do contexto saúde sempre ocorrerá, e na ESF o encontro se dá no território do usuário, possibilitando uma relação humanizada e subjetiva, onde o profissional enfermeiro pode estabelecer uma relação de cumplicidade e transpor sua prática em uma *práxis* transformadora.

Lancetti e Amarante (2006), afirmaram que a ESF desenvolve um grande número de atividades que podem ser consideradas como ações de saúde mental, podendo ser desde uma caminhada até uma consulta odontológica. O que não podemos deixar de valorizar nestas, são as possibilidades de estabelecermos relações interpessoais com estes sujeitos, tornando-as parte do processo de humanização na assistência em saúde.

Neste contexto, Esperidião, Munari, Stacciarini (2002), trouxeram que as relações interpessoais devem ser quantificadas aos processos de saúde, pois vislumbram o crescimento intelectual e emocional do ser humano. As falas abaixo exemplificam muito bem o que representa esta relação interpessoal entre os sujeitos, ao mesmo tempo em que mostra os possíveis espaços de formação de uma *práxis* transformadora a partir da prática.

[...] foi o caso de ontem [...] não tinha medicação para fazer nebulização dela (usuária) [...] só tinha de uso da unidade. [...] fiz um compromisso, se ela viesse no próximo dia eu iria à secretaria buscar, mas mesmo assim ela sentou e chorou [...] ela não conseguiu falar para mim que não conseguiria ficar sem a

medicação. O sentimento dela, o sofrimento psíquico dela, ela mostrou através da face, chorando [...] por trás desse medicamento tinha mais coisa [...] Quando a gente passa orientação para o usuário a gente tá passando para o cuidador, para outros indivíduos [...] através das visitas [...] podemos ver que o cuidador aprendeu a cuidar do usuário, do ente querido dele, e ver a melhora de todos na família. E(1)

[...] têm uma mãezinha aqui que o filho dela nasceu com algum problema neurológico, e foi solicitado um eletroencefalograma [...] quando falei pra mãe que iria demorar, ela começou a chorar, lembro que ela só falava nas crises convulsivas que o filho dela apresentava [...] como conheço a pessoa que organiza a agenda do município pedi encarecidamente para ela antecipar o exame desse menino [...] você não imagina o vínculo que estabeleci com esta família. E(3)

As necessidades trazidas pelos pacientes aos enfermeiros no contexto das relações interpessoais não são fáceis de serem transpostas, uma vez que lidar com emoções e sentimentos não é o foco do modelo biomédico ainda presente nos serviços de saúde. A formação tradicional em enfermagem, em que os saberes técnicos têm mais valia, os procedimentos, as patologias também dificultam estas percepções mais humanizadas nos profissionais, ao mesmo tempo em que isto evoca valores em nossa subjetividade, e neste contexto, estes espaços podem ser percebidos de diferentes formas, podendo ser trabalhados ou não.

Ao consideramos que as relações interpessoais trafegam no sentido de atender a integralidade das ações de saúde. Integralidade para Almeida, Chioro e Zioni (2001) requer ações de saúde em que o foco é o indivíduo na condição de ser integral (nas dimensões; biológica, psicológica e social), cidadão, sujeito aos riscos da vida. São ações voltadas para a saúde e para a doença, garantindo o acesso às práticas de promoção, proteção e recuperação/reabilitação, em uma lógica de 'tudo indivisível' em cada unidade de serviço e nos diferentes graus de complexidade na atenção à saúde.

O individuo deve avaliar o contexto, para poder discernir a situação. Se ele tiver um dialogo, uma informação, aquele momento com o usuário, a gente faz promoção à saúde [...]a promoção da saúde e a prevenção é uma luta diária., até no momento de entregar a medicação. E(1)

Na unidade de serviço ESF, todo momento de contato com o sujeito é potencialmente gerador de uma prática de integralidade, neste caso o enfermeiro revelou a oportunidade diária em se promover a saúde do sujeito durante uma conversa. Promoção da saúde refere-se às ações que evitam o surgimento de novos

casos, uma vez que busca eliminar ou controlar os determinantes de doenças e agravos à saúde. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A fala do enfermeiro E (1) desvelou um movimento no sentido de abranger outras dimensões do sujeito, além da biológica e, assim conseguiu se deparar com questões do sofrimento mental

A gente vê o indivíduo de classe baixa social [...] e com tanta exclusão social, o que ele pensa que é bom pra ele, é tão pouco para nós [...] se roubarem a bicicleta dele é o fim do mundo, é o meio de transporte dele, e bicicleta para a gente é lazer [...] E o sofrimento é uma coisa que dá vergonha! Ninguém expõe seu sofrimento. A não ser que seja o último recurso que ele tenha, e que realmente ele necessite [...] quem ouve pode não entender. E (1)

Ao perceber o sujeito como também um ser social amplia-se as possibilidades de ajuda. Amarante (2007) afirma que a ESF somente terá se mostrado integral na atenção a saúde, quando o olhar a saúde mental se fizer presente, e como bem colocado pelo mesmo, o olhar ao sofrimento mental. Corroborando com isto, Esperidião, Munari e Stacciarini (2002), trouxeram em seu estudo que esta relação geralmente é deixada de lado por aspectos técnicos, e que a saúde mental pode contribuir com o desenvolvimento da percepção ampliada do sujeito.

Acreditamos que a realidade é composta de movimentos contrários, pois a consideramos dialética, assim evidenciamos por meio dos registros de observação do diário de campo, divergências entre o discurso dos enfermeiros com alguns fatos observados. Tais fatos apontaram justamente o oposto a uma ação de integralidade, e com isso percebemos mais valia da tecnicidade do cuidado e menos valia do espaço interpessoal, deixando passar aspectos que somariam muita riqueza ao seu atendimento potencialmente construtora de *práxis* transformadora:

Em visita domiciliar a uma senhora de 95 anos para imunizá-la contra Gripe, percebeu-se a total dependência que esta usuária tinha de seu cuidador (uma amiga que em troca fica com o benefício da aposentadoria), ao mesmo tempo em que os sinais de abandono e maus tratos a essa usuária também ficaram claros, como: quarto sem ventilação, casa suja, presença de animais domésticos circulando pelos cômodos, cama e colchão dessa senhora em péssimas condições, úlceras de decúbito com secreção purulenta. A enfermeira ao depara-se com a situação, conversou muito pouco sobre o contexto observado, ficou preocupada com a hora e a quantidade de vacinas a serem realizadas (total de 6) e combina de mandar o material para curativos pela ACS. O (2)

Na quinta pela manhã o enfermeiro e o técnico realizam a triagem/pré-consulta médica verificando os sinais vitais dos usuários, onde o procedimento é bem recortado nos dados objetivos (Pressão Arterial, Pulso, Peso), não acontecendo abordagens com enfoque intersubjetivo, mesmo após as queixas evidentes dos usuários. O (3)

Este movimento contrário a atenção integral ao sujeito, nos remete a um fazer reprodutor do modelo biomédico, não contextualizado, fragmentado, em que só interessou a atividade objetiva de verificar sinais vitais, imunização. O SUS pressupõe a integralidade das ações de saúde e, segundo Amarante (2007) a ESF inicia os passos para o alcance desta realidade, com investimentos na promoção à saúde e ampliação da resolutividade, vista que 80% dos problemas de saúde podem e devem ser resolvidos na rede básica, com cuidados primários qualificados.

Esperidião, Munari, Stacciarini (2002), chamam a atenção para a formação de graduação do enfermeiro, em que possa contribuir com a construção de um profissional que perceba estes espaços. A experiência das autoras com uma disciplina de saúde mental mostra possibilidades, de ao discutir emoções, sentimentos, a intersubjetividade, ver o sujeito como um todo, valorizando as relações interpessoais, despertar os profissionais em formação para a importância do cuidado subjetivo.

Essa necessidade de construção de saberes e fazeres no contexto da atenção integral, ficou evidente na fala do enfermeiro E(3), pois este revelou as dificuldades e a lacuna deixada na graduação

[...] se eu atendo sofrimento [...] faço isso a quase todo momento, o que não posso afirmar é se consigo resolver [...] isso é um trabalho difícil [...] Mas daí responder como eu faço isso, do meu jeito sabe, com o conhecimento que já tenho da rede de saúde [...] na graduação só discutimos patologias o tempo todo [...] achei fraco foi alguns instrutores que tinham que não tinham experiência alguma em saúde da família e queriam ensinar a gente[...]pra gente que está na prática, a coisa é bem diferente do que está nos manuais. E(3)

Para construção da atenção integral na ESF, consideramos a indissociabilidade da saúde mental em suas ações, pois ela está presente interdisciplinarmente nas ações de saúde, tanto na promoção, proteção quanto na recuperação (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006). A construção desses saberes interdisciplinares, exigem que se que perceba e trabalhe com um novo olhar. De certa forma esses são pressupostos das políticas educacionais (DCN/ENF) e sociais (BRASIL, 2007a).

O estudo de Nunes; Jucá; Valentim (2007) mostrou que os profissionais da ESF cotidianamente deparam-se com situação envolvendo o sofrimento mental, e em sua maioria sentem-se despreparados para lidar com esta realidade. Essa situação gera angústia diante de uma condição humana afetivamente exigente, sensação do descumprimento ético do não cuidar pelo não saber o que fazer; além da impotência e frustração diante dos limites impostos pelo despreparo.

Generalizando as contradições que coabitam uma dada realidade, além da estudada nesta pesquisa, destacamos também o trabalho de Sampaio e Barroso (2001) que relata experiências entre o CAPS e a ESF em que a APS é preenchida com de ações que abarcam a saúde mental, em uma perspectiva integradora, trabalhando mudanças e olhares na cultura local. Observamos no resultado deste estudo, profissionais da ESF envolvidos com a interpessoalidade dos sujeitos, em que a formação de uma práxis transformadora se deu no espaço da educação permanente.

As falas abaixo deixam clara a necessidade de construção de saberes que envolvam o sofrimento dos sujeitos que por sua vez atende a uma demanda de saúde mental na APS, em uma visão de integralidade:

Tem o papel de ajudar o próximo, e hoje não é qualquer um que está preparado para ajudar o próximo [...] Estou aqui há dois anos e nunca tivemos capacitação com o CAPS, ou sentamos com eles para discutirmos estratégias de promoção de saúde. E (1)

Ainda tenho muita dúvida, tenho muito problema de lidar com esse tipo de paciente, com sofrimento [...] ainda sou muito leiga. E (2)

[...] quando lidamos com o sofrimento mental das pessoas não se consegue muita coisa [...] e as pessoas, a secretaria, a maioria dos profissionais de saúde não valorizam isso, não capacitam a gente. E(3)

Ao analisarmos essas falas, retomamos o estudo de Nunes; Jucá; Valentim (2007) mostra que os profissionais da ESF, diante dos desconfortos do 'não saber' lidar com as situações de sofrimento mental no cotidiano do serviço também manifestam o desejo pela qualificação deste saber. É importante ressaltar a observação de que não há um modelo uniforme a seguir (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007), mas a qualificação profissional e a educação permanente (SAMPAIO; BARROSO, 2001) são caminhos já experimentados e comprovadamente eficazes.

A realidade também conta com outros entraves para a transformação das práticas de saúde. Resck e Gomes (2008) destacam que o que contribui para que o enfermeiro ainda não tenha atingido uma práxis transformadora, é sem dúvida o

Modelo Neoliberal Hegemônico, que mantém uma prática reiterativa no cuidado tecnicista empregado pelo mesmo. Os referidos autores comentam ainda que a práxis transformadora requer a construção de competências que sobreponham a subjetividade nas relações em relação a tecnicidade excessiva.

Acrescentam a este fato a observação de Esperidião e Munari (2005) que quando lidamos com aspectos subjetivos do ser humano as dificuldades são inevitáveis, pois as ações em saúde da maioria dos profissionais se construiu em um modelo tradicional.

A partir dos estudos já publicados e dos registros de entrevistas e observação de campo, podemos discutir nesta categoria que os espaços para construção de uma *práxis* transformadora existem ao mesmo tempo em que envolvem necessidades que vão além de reformas curriculares, e a realidade observada apresentou seus movimentos dialéticos, com avanços e retrocessos na direção da constituição de ações integradoras de saúde.

Este espaço envolve o campo da integralidade que tanto é inerente à ESF quanto à área de saúde mental. Na ESF por se referir a um dos princípios doutrinários do SUS; para a saúde mental pela necessidade de fazer parte da saúde no contexto geral, atendendo os preceitos discutidos no âmbito da Reforma Psiquiátrica, a efetivação da rede de atenção, e a realização do verdadeiro sentido da integralidade na atenção ao sujeito, família e comunidade.

5.4 Categoria Empírica 3: Os Saberes/Fazeres Constituídos para Atenção em Saúde Mental na APS

Esta categoria emergiu da análise dos aspectos relacionados aos saberes constituídos e que se fazem constituir diante da situação-complexa de atenção em saúde mental na APS, a partir da representação da ESF. No mesmo sentido buscamos esta constituição de saberes/fazeres sustentados pela pedagogia das competências, em que Le Boterf (2003), Perrenoud (2000) conceituam a competência como capacidade de evocar saberes em ato, para administrar uma situação-complexa. Nesse contexto de aproximação da saúde mental com a ESF, somado a todas as dificuldades de formação discutidas até aqui, é que reforçamos a consideração do entendimento de que esta é uma prática incomum e complexa.

Ao ser norteadada pelos saberes/fazeres descritos por Lê Boterf (2003) constitui-se de outras subcategorias: “Saber agir com pertinência”; “Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional”; “Saber interagir saberes múltiplos”; “Saber transpor”; “Saber aprender e saber aprender a aprender”; “Saber envolver-se”

Contamos também com a percepção da realidade em sua dimensão dialética e dinâmica, em que convivemos ao mesmo tempo com elevados propósitos inovadores da ESF, como serviço de saúde capaz de romper com o modelo assistencial medicocêntrico, aos se estruturarem no território/domicílio das pessoas, evocando dos profissionais um olhar que possibilite um cuidar que envolva a totalidade, a integralidade destes sujeitos (CANESQUI; ESPINELLI, 2006). Tesser (2006) em seu estudo que aponta esta característica da ESF, de postar-se no domicílio das pessoas como uma via em direções opostas, pode promover a autonomia dos usuários do SUS ou reafirmar/reforçar as práticas em saúde centradas nas medicações/patologia.

Neste contexto a pesquisa de Munari, Melo, Pagotto et al (2008, p. 788) ao analisar a bibliografia nacional quanto a atenção da saúde mental na atenção básica, verificou contradições no “exercício da integralidade e modo como são assistidas as pessoas em sofrimento mental e família”, a estes usuários a atenção limita-se ao tratamento medicamentoso, remissão de sintomas e pouca articulação com o familiar.

Este romper paradigmas de modelo de saúde, trabalhar a saúde mental conforme a proposta da atenção psicossocial na ESF e esperar dos profissionais que percebam estes movimentos, ainda está distante, assim buscamos quais saberes e saber/fazer são necessários na construção desse movimento. Canesqui e Espinelli (2006) reforçam esta necessidade, pois, em seu estudo que avalia o perfil dos médicos e enfermeiros da ESF no MT, as ações de saúde mental neste cenário alcançaram o grau baixo de respostas quanto a sua implantação nas ações de saúde.

Nesse sentido Buchele, Laurindo, Borges et al (2006), em sua pesquisa falaram da relação entre saúde mental e APS e apontaram que a assistência terapêutica em saúde mental na ESF continua privilegiando e reafirmando o cuidado centrado na assistência especializada (CAPS/Hospital Psiquiátrico, entre outros), porém visualizaram uma lenta mudança nas práticas interdisciplinar e vínculo/responsabilização com o usuário.

Este movimento considerado lento pelos autores acima, pode ser compreendido pelo viés das políticas de educação/formação em saúde, que tiveram seu norte reafirmado a partir de 2005 com as Portarias 2118/2005, que trata da Educação Permanente em saúde e da 2101/2005 que aborda a formação da IES de profissionais da saúde. Dentre estas políticas de educação a palavra competência vem fazendo parte da organização/formação de sujeitos, em especial aquelas que privilegiariam a efetivação do SUS.

O termo competência aparece aqui não como a formação de um sujeito adequado ao mercado, mas sim como um indivíduo capaz de agir eficazmente em uma determinada situação, evocando conhecimentos e habilidades já aprendidos, porém sem limitar-se a eles (PERRENOUD, 1999). Neste aspecto, De Domenico e Ide (2006) em um estudo que avalia a percepção dos enfermeiros graduados e docentes, afirmam que as competências não podem ficar nas ações ritualizadas, como procedimentos técnicos, mas sim buscar métodos que vislumbrem a autonomia destes sujeitos.

Tanto a formação destes sujeitos trabalhadores em saúde, como os serviços que se apresentam no campo de suas práticas, trazem/planejam em suas organizações, diretrizes que ampliam o conceito de saúde para além do biológico, e buscam a autonomia dos sujeitos envolvidos. De Domenico e Ide (2006) afirmam que esse novo panorama, fundamentaria essa relação entre a prática e a teoria nos serviços de saúde que aqui são representados pela ESF.

Esse saber, saber/fazer diferente que vai além do prescritivo é possibilitado pela ESF, esperado pela Reforma Psiquiátrica e discutido em muitas IES no curso de enfermagem. Como já trouxemos anteriormente, Esperidião e Munari (2005) percebem essa possibilidade nas IES na disciplina de saúde mental, enquanto que Lancetti e Amarante (2006) enxergam na saúde mental, como parte das ações em saúde na ESF, a consolidação de um trabalho que perceba a integralidade dos indivíduos/família. Reafirmando este pensamento Nunes, Jucá e Valentim (2007) consideram os saberes que a área de saúde mental desenvolveu e pela sua própria natureza de abordagem e compreensão da pessoa, muito ha de contribuir e somar para a atenção integral à saúde.

Porém, nas falas abaixo se observam os valores entrelaçados nos profissionais de saúde entrevistados, que denotam a maneira asilar e medicalizadora empregada historicamente à saúde mental. Pois quando questionados sobre como atendiam as demandas de saúde mental, responderam

[...] uma vez fui à casa de um usuário que sabia que tratava disso [...] teve internado [...] fui com a polícia, sedamos e mandamos para emergência do hospital psiquiátrico. E (1)

[...] nós não temos lugares para que a gente possa levar pessoas, mesmo na vida particular, não temos lugares que a gente pode levar para fazer tratamentos, o CAPS aqui não atende crises. E (2)

[...] eu e o médico já arrumamos vaga para duas pessoas internarem [...] os que tratam no CAPS eu conheço pouco. E (3)

Buchele, Laurindo, Borges et al (2006), também encontraram que os profissionais da ESF relacionam a assistência em saúde mental a serviços especializados. Porém, já é sabido que o hospital psiquiátrico não é mais o cerne na assistência a saúde mental, assim como a institucionalização mostrou-se insuficiente na recuperação das pessoas em sofrimento psíquico (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Várias são as situações (regiões) encontradas na rede nacional de atenção à saúde mental que se revelam 'fracas', onde o CAPS (principal dispositivo da atenção psicossocial) não se faz presente como regulador da porta de entrada, pouco está instrumentalizado para os enfrentamentos do surtos/crises das pessoas em sofrimento mental ou, se quer estabelece as relações (referência contra-referência) com a atenção básica (OLIVEIRA; VEIRA; ANDRADE, 2006). Assim, o hospital psiquiátrico revigora seu papel de acolhedor da crise e mantém-se socialmente como o 'local de cuidar dos loucos', mesmo diante da clareza de é um serviço desumanizado, segregador e violentador.

Consideramos a necessária construção de novos saberes e práticas esperadas pelo profissional enfermeiro na ESF, a fim de atender a demanda de saúde mental (ESPERIDIÃO; MUNARI 2005, LANCETTI; AMARANTE 2006, AMARANTE 2007, NASCIMENTO; BRAGA 2004), reforço para uma rede de atenção à saúde mental forte, resolutiva, além de proximidade com a integralidade da atenção à saúde.

Esclarecemos que a tematização que se segue foi realizada no sentido de identificar os saberes/fazeres, portanto aproximou-se dos saberes descritos por Le Boterf (2003), apresentados na referencial teórico deste estudo compondo o Quadro 1, por meio do eixo central: quais os saberes/fazeres foram desenvolvidos para atender a demanda de sofrimento psíquico.

5.4.1 Saber agir com pertinência

O saber agir com pertinência, conforme transposto por Le Boterf (2003, p. 38) nos remete a pensarmos e agirmos além daquilo que está posto, pois: “o profissional deve não somente executar o que é prescrito, mas deve saber ir além do prescrito”. E remetendo esta afirmação à saúde mental na ESF, observamos materiais prescritivos de ações que não envolvem, ou não atendem as necessidades da atenção psicossocial em saúde mental na ESF.

Tem o programa da gestante, o pré-natal, tem o hipertenso, o diabético, o tuberculoso, esses ai nós somos craques! Por quê? Porque toda vez chega isso nós temos uma referencia para fazermos isso [...] A saúde mental não tem! Não tem essa referência! E(1)

Neste sentido, há uma contraposição a esta situação, a Circular conjunta nº. 01/03 do MS, incluiu ações de saúde mental na APS, re-lembrando que cabe ao CAPS a organização da rede de atenção em saúde mental e apoio matricial, com inclusão desta no sistema de informações da Atenção Básica (BRASIL, 2003). Nesse mesmo sentido, as DCN/ENF direcionam os PPP na formação de sujeitos que atendam as necessidades do SUS, porém, o que percebemos na fala acima é que as ações se mantêm prescritivas, não incluindo a saúde mental e uma predileção pelos programas prescritivos do MS.

A dificuldade de atenção à saúde mental por parte da ESF já fora constatada por pesquisa realizada em MT (CANESQUI; ESPINELLI, 2006), mas o que é obstáculo pode ser potencial, isto é, apesar destes movimentos contrários, a atenção psicossocial tem poder otimizador e norteador da integralidade da atenção à saúde nas ESF. Lancetti e Amarante (2006) corroboram com esta afirmação ao colocarem que na ESF o território alcançado vai muito além do geográfico, possibilitando a estes profissionais lidarem com o sofrimento humano, onde os sujeitos experimentam várias formas de relacionamento sujeito/família com a equipe de ESF.

[...] uma das coisas principais que é o compromisso, [...] então o compromisso ele vai gerar mas responsabilidade[...] Então, você adquirindo a confiança do usuário, se comprometendo, você vai aliviar o sofrimento dessa pessoa. E (1)

[...] pega a confiança dela pra que ela pudesse me contar sobre o seu próprio vício, [...] a confiança foi tanta que essa moça[...] deu BHCG positivo, nós começamos a fazer as consultas de pré-natal [...] Um dia me chega uma ACS fala:

essa menina ela é muito humilhada na área nossa, ela é dependente química, e ela tem vários problemas sociais, por isso ela e o esposo vão vir, ela acredita que está grávida [...] do momento que essa menina chegou aqui na minha unidade, eu já comecei a fazer o tratamento com ela. E (2)

[...] têm uma mãezinha aqui que o filho dela nasceu com algum problema neurológico, e foi solicitado um eletroencefalograma[...]quando falei pra mãe que ia demora[...]ela começou a chorar, e lembro que ela só falava nas crises convulsivas que o filho dela apresentava[...] como conheço a pessoa que organiza a agenda do município pedi encarecidamente para ela antecipar o exame desse menino. E (3)

Os recortes das entrevistas acima com os sujeitos da pesquisa deixaram claro o local preenchido por esse saber/fazer além do prescritivo, e que Esperidião, Munari e Stacciarini (2002) trouxeram em seu estudo como espaço de relações interpessoais. Lancetti e Amarante (2006) colocam ainda que este campo relacional possa ser colocado a serviço de objetivos terapêuticos, justificando a participação de apoio matricial dos profissionais da saúde mental, aqui representados pelos CAPS.

Porém, é sabido que as ações de saúde de várias ESF ainda trazem traços fortes do modelo biomédico, centrado em práticas curativas, a responder programas ministeriais, atividades determinadas pela equipe (médico e enfermeiro). A maioria das atividades propostas responde a essa demanda de cunho curativo, evidenciado pela queixa clínica. (NASCIMENTO; BRAGA 2004). Não estamos negando a importância do saber biomédico para atenção à saúde, mas sim, pensamos na democratização dos valores atribuídos ao saber multidisciplinar, em uma versão transdisciplinar na construção da integralidade.

As observações registradas no diário de campo demonstram esse serviço fragmentado, com foco único, e inflexível na sua organização:

O enfermeiro está ausente no período (reunião com ação social do município), a técnica de enfermagem realiza a triagem para consulta de pré-natal com a médica e os ACS fazem as imunizações que chegam de livre demanda, porém nenhum destes interage com os usuários. A médica chegou às 14h00min (horário de funcionamento vespertino: 13h00min às 17h00min). As 16h00min uma usuária queria a primeira consulta de Pré-natal, o que pela rotina da unidade ocorre com o Enfermeiro, médica solicita que venha na livre demanda pela manhã. O (1)

Conforme a técnica de enfermagem ela pode agendar 12 consultas médicas por horário, pois o médico vem de outro serviço e o enfermeiro não esta

realizando consultas de enfermagem, pois não ha ambiente para o mesmo trabalhar (consultório), por isso ele ajuda nas minhas atividades [...] Usuário veio para retirada de ponto de pontos cirúrgicos em cavidade oral (extração dentária), a técnica de enfermagem nem olhou a ferida operatória e orientou o usuário que fosse retirar no local em que fez o procedimento. O (3)

Outra dificuldade observada e registrada no diário de campo pode aproximar do que Esperidião e Munari (2005) trouxeram como inevitável e inerente no processo de relações interpessoais, os aspectos subjetivos das pessoas, e estes, por sua vez, estão impregnados de valores advindos de nossa formação como pessoa.

A agente de vigilância ambiental comunica a equipe em especial a enfermeira, (segunda feira à tarde) que em uma de suas visitas domiciliares havia uma criança com feridas na face e a mãe tem ‘problema de cabeça’, e solicita verbalmente que ela visite essa residência. A enfermeira comunica à equipe que ira no outro dia pela tarde (no cronograma da unidade as visitas domiciliares da enfermeira são realizadas na terça feira vespertina), comenta com o grupo ali presente que a agente ambiental costuma sair falando na secretaria, por isso deveria ir [...] Na terça feira a enfermeira informou a ACS que ela é quem iria visitar a família e solicitar a algum responsável que trouxesse a criança no outro dia à tarde (quarta-feira) para consulta médica, pois segundo a enfermeira “tem bastante gente forte na casa para trazer a criança” [...] A enfermeira ao realizar a triagem das gestantes que irão fazer a consulta de pré-natal neste dia, verifica os dados antropométricos de uma usuária de 41 anos e questiona porque esta ainda não parou de namorar e que na unidade tem remédio de evitar. A usuária relata que a vida esta difícil e ela não pode usar contraceptivo oral, porém a enfermeira chama a próxima sem manifestar interesse nos argumentos da gestante. O (2)

Uma usuária veio até a unidade, relata que a uma semana caiu em sua casa e cortou a perna esquerda (corte profundo com aspecto ruim), estava em casa lavando com ervas. A técnica de enfermagem realizou o curativo sem fazer nenhum comentário (estaria usando algum medicamento, vacinas, febre, nódulo inguinal palpável), assim como não solicitou que retornasse para realização de outros curativos, e avaliações do enfermeiro/médico da unidade. O(3)

Da mesma forma outra característica que emergiu nesta subcategoria foi o saber prescritivo, para Le Boterf (2003, p 42), trata das prescrições como: “referencial profissional de ocupação [...] é aceitável do ponto de vista das especializações e da ocupação: normas de segurança, respeito às exigências profissionais, exigência do instrumento”. Aqui o prescritivo surgiu como uma receita de

bolo, um protocolo a ser seguido, que não conseguiu perceber esses espaços da interpessoalidade.

O saber prescritivo reforça na medida em que a ESF ainda trabalha em uma lógica de programa, ou seja, os profissionais devem responder aos processos instituídos pela gestão, como cobertura vacinal, vigilância e controle das doenças crônicas e infecto-contagiosas, pré-natal, hipertenção, entre outras, e estes cuidados a saúde são mensurados sob a forma de relatórios e seu cuidar é organizado por meio de manuais.

Essa situação já era destacada por Merhy e Franco (1999), ao afirmar que as políticas de saúde no Brasil ainda têm um caráter centralizador muito presente, sendo transposto na obrigatoriedade de implantação de metas dentro da ESF, e na verticalização de muitas ações em saúde. Os registros das falas dos enfermeiros participantes da pesquisa reafirmaram a manutenção destas práticas instituída, onde seu maior resultado é o afunilamento dos espaços interpessoais que são inerentes nas relações entre enfermeiro e o sujeito/família na ESF.

A função que a gente desempenha é de administrador [...] um exemplo eu tenho que saber quantos hipertensos eu tenho, quantos captopril, eu uso para poder pedir pra secretaria e preencher os relatórios [...] Porque eu tenho o controle, [...] é através da administração, das informações nos relatórios que vem às ações. [...] porque apesar das nossas necessidades tem o secretário de saúde, tem as hierarquias [...] e as ações, os recursos vem das informações dos relatórios que fizemos. E(1)

E(2) E, mais o meu trabalho aqui mesmo dentro da unidade é de coordenação, é de fechamento dos relatórios, de acompanhamento da unidade, de soluções de problemas.

[...] as pessoas querem a consulta e o remédio, [...], se eu não tiver isso na minha unidade, ela não presta [...] ele chega, atende um monte de gente rápido, traz um monte de amostra grátis de remédio, e fica tudo bem, ele é um ótimo médico de PSF, segundo o pessoal lá de secretaria [...] e eu como você tá vendo, estou aqui, com esse monte de relatório para fechar. E(3)

Esse caráter prescritivo ficou claro em todas as três ESF pesquisadas, observa-se a impregnação desse olhar prescritivo, das práticas instituídas do fazer em saúde, como as ações estivessem engessadas pela gestão do sistema. Essa situação vai contra a tudo que se apresenta sobre a ESF, desde legislação em saúde/educação às perspectivas de estudiosos na área, no entanto as falas que seguem demonstram esse movimento se faz presente.

Protocolos de avaliação, um paciente chegou e apresenta tais sintomas[...] só que o papel nosso, nos não damos diagnóstico, é o médico [...] mas você pode sugerir [...] se tivesse um protocolo, com esses sinais e sintomas, mais da experiência, do contato com o paciente [...] o enfermeiro de PSF, através da experiência e do protocolo, ele ia poder é fazer maior prevenção e seria padronizado, para um não sair melhor do que o outro. E poderia ligar a teoria com a prática [...] tem que padronizar esses cuidados. E (1)

[...] não temos nem fichas de notificação, nem um meio para trabalhar com esse tipo de paciente sobre violência, agressividade, sobre abuso sexual, sobre droga, não temos nenhum meio pro trabalho. E (2)

[...]no que diz respeito a doença dela tá tudo indo bem, a TB estamos fazendo dose supervisionada com o ACS, o HIV ela está acompanhando no SAE (ambulatório de especialidades Estadual, a dependência química tem receitas do psiquiatra [...] eu visito ela nas sextas pela manhã (dia organizado pela equipe para visitas domiciliares). E (3)

A forma pré-formatada de ação de saúde é tão presente no cotidiano do enfermeiro na ESF que uma solução é visualizada

[...] inclusive falta montar um protocolo em relação a isso[...] acho que as dificuldades que temos, através desses protocolos na avaliação dos sinais e sintomas, de colocar patologias mais apresentadas em relação ao sofrimento psíquico, diminuiria. [...] acredito que o caminho as saúde mental na Saúde da Família é fazer os protocolos de avaliação. E (1)

A inclusão de uma atenção integral à saúde (considerando que as questões de saúde mental são inerentes a esse processo) seria um protocolo, na opinião do enfermeiro, este é o saber agir com pertinência na ESF 'seguir protocolos', o que está além desta atividade, foge dos padrões, sendo difícil desenvolver.

Os registros em diário de campo corroboraram com as falas, pois observamos na conduta das equipes esse olhar recortado, focado em atender uma organização do serviço de saúde centrado no contexto biológico, em que notamos nulidade dos espaços de relações interpessoais.

O único olhar que dão à saúde mental na unidade é a entrega de receituário específico para psicotrópicos [...] não sabe dizer quantos usuários de Saúde Mental possui em sua área de abrangência. O (1)

Na quarta à tarde a Auxiliar de Serviços Gerais questiona a enfermeira a respeito da criança com feridas no rosto, e esta responde que ira aguardar até o fim da semana, pois as visitas ocorrem nas terças pela manhã, e a mãe não a

trouxe na unidade porque não quis. (A unidade estará fechada na quinta e na sexta devido a feriado local) [...] À tarde (quarta-feira) esta prevista coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero, a unidade está sem o técnico de enfermagem (trabalhou sábado e está de folga), enquanto a enfermeira realiza triagem para consulta médica (registra sinais vitais nos prontuários, e quem verifica é a auxiliar de serviços gerais), uma das ACS preenche o formulário para coleta dos exames preventivos (este formulário contém questões abertas que possibilitam uma abordagem subjetiva muito rica com às usuárias) [...] A enfermeira mensura os atendimentos que realiza em saúde mental, com um caderno de registro de medicação para uso em psicopatologias (amitriptilina 25mg). O (2)

À tarde chega uma senhora para troca de receituário azul (medicação psicotrópica), tanto o enfermeiro quanto o técnico não fizeram nenhum olhar além da troca de receita. O (3)

A atenção às pessoas que buscam o serviço da ESF ainda é pontual e fragmentado, direcionado às solicitações que estão na superfície, sem grandes investigações ou aprofundamento. Entendemos essas situações, que por assim dizer complexas, pois além de envolve um (dês)valor da subjetividade dos sujeitos, em um contexto historicamente apartado das questões que não podem ser mensuradas, como o inter-relacionamento e protagonismo dos atores. Contudo fortalece a concepção de que as práticas em saúde mental representariam um caminho concreto de transformação para um novo modelo em saúde (NASCIMENTO; BRAGA, 2004), diante da possibilidade em sensibilizar as pessoas diante das manifestações afetivas, comportamentais, intelectuais e sociais. Assim, o profissional deve administrar uma situação em um contexto diferenciado, ou seja, o saber agir é saber interpretar (LE BOTERF, 2003).

Nesse âmbito, Esperidião e Munari (2005) defendem a formação de um enfermeiro que desenvolva ações em saúde de forma integral e humanizada.

5.4.2 Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional

Esta subcategoria emergiu na necessidade de entendermos e discutirmos as práticas dos enfermeiros entrevistados, que ao contrário do que vimos

anteriormente nos saberes prescritivos Le Boterf (2003) fala sobre o saber mobilizar em um contexto como: profissional não é aquele que apenas possui conhecimentos ou habilidades, mas aquele que sabe mobilizá-los em um contexto profissional.

Nesse sentido Perrenoud (1999) ao falar de competências, aborda que estas ao se manifestarem em uma determinada ação, mobilizam, integram e se utilizam de conhecimentos em ato. Estes por sua vez distinguem-se em declarativos (leis, fatos), procedimentais (metodológicos) e os condicionais que determinam a legitimidade em que os procedimentais foram aplicados.

Quanto às competências, Le Boterf (2003, p 48) traz que: “[...] competência requer uma instrumentalização em saberes e capacidades, mas não se reduz a essa instrumentalização”. Esta agrega recursos incorporados (saberes e habilidades) e objetivados (máquinas, banco de dados, documentos) e transpõe estes em ato.

Desta forma, um enfermeiro competente, seria aquele que consegue mobilizar os saberes/habilidades e recursos adquiridos, e aplicá-los em ato fazendo uso dos recursos que dispõe o ambiente. E estes saberes não se limitam as ações prescritivas, para isso Perrenoud (1999, p 8) ao discutir de que maneira identifica-se um bom profissional, comenta: “[...] um bom médico consegue identificar e mobilizar conhecimentos científicos pertinentes [...] em uma situação concreta [...]” não deve analisar um problema apenas sob a ótica da teoria e, sim transpô-la ao contexto, fazer o melhor uso dela.

[...] então a escola escolhe o tema que seja a necessidade dela [...] Eu deixo essa autonomia para a população escolher o tema que ela realmente necessite, a partir daí organizamos as atividades. E (1)

[...] aquela Senhora que chega aqui durante duas semanas com aquele aperto no braço, que é sempre rude pra tratar as pessoas, aquilo ali já é um ponto chave pra que a gente procure mais alguma coisa. E (2)

Essa possibilidade do enfermeiro relacionar-se com os sujeitos/família na ESF, possibilitou/possibilita esse ‘mobilizar recursos’ que com certeza ultrapassam os recursos prescritos. Ouvir a comunidade e dar-lhe espaço para expor suas necessidades é um caminho para a construção de autonomia, co-responsabilidade. Olhar par o sujeito e atentar para as diferenças, não como uma postura preconceituosa, mas na busca de dados que revelem as reais necessidades daquele sujeito, daquela família ou comunidade. Corroborando Lancetti e Amarante (2006), afirmam que na ESF os profissionais vêem as pessoas na rede onde

organizam suas vidas, onde deixam de ser números e respostas a questionários de programas instituídos.

Eu trato o paciente adequadamente ou humanamente, e como eu não tenho muita experiência com o paciente mental, geralmente eu peço um socorro [...] peço uma ajuda tanto pra minha equipe, que tem muito mais experiência do que eu, desde os ACS até o médico. E (2)

Quando questionado os enfermeiros sobre como atendiam o sofrimento mental nas unidades em que trabalhavam, ficou claro que todos buscaram recursos dentro do contexto de trabalho, e muitas vezes se estabelece um completo 'não sei o que fazer' principiando uma busca pelo serviço especializado. Como já era esperado a partir das categorias discutidas anteriormente, a evocação por saberes formais adquiridos na graduação não apareceram nas ações/decisões tomadas.

É dessa forma que eu acompanho esse tipo de paciente, se não progredir aí de novo [...] a gente encaminha pros órgãos competentes, que lidam mais com esses tipos de problemas. E (1)

Nós encaminhamos ele pra um profissional, como a gente é leiga em Saúde Mental encaminhamos, ele pra um profissional [...] ele diagnosticou que ele tinha esquizofrenia[...] olha, foi através do Hospital Regional que a gente conseguiu mobilizar o psiquiatra, porque aqui não tem CAPSi, só Adulto. [...] a gente conseguiu o acompanhamento desse menino, e hoje está tudo bem, nota dez [...] daí eu fui lá na casa dela [...] ela estava com uma senhora que cuidava dela, ela estava cantando e gritando [...] eu a trouxe para a unidade e a encaminhei para o CAPS. E(2)

[...] fiquei com medo de ela se machucar, porque você sabe, devemos esperar qualquer tipo de atitude, sabe por isso encaminhei ela logo para o CAPS. E (3)

Porém ao somarmos esse atendimento o sofrimento mental, e a partir daí identificar quais recursos os enfermeiros mobilizavam, as respostas aproximaram-se dos valores subjetivos, e possibilidades de intervenção que não agregassem somente à referência a especialidade em saúde mental.

Por exemplo, quando o paciente chega aqui na unidade de saúde, nós temos um aliado que é o ACS, pois ele mora na própria comunidade, então fica mais fácil para estarmos identificando esses pacientes que tem algum tipo de sofrimento[...] é bom você sempre estar no mesmo lugar, você conhece toda a sua micro área, eu sei quem entra aqui, eu sei que uma semana ela entrou aqui, na outra semana entrou com dois roxos ou mais agressiva, ou...hum!... bem abalada. E (2)

[...] trabalhar com o sofrimento das pessoas é algo bem difícil, é algo que envolve outros setores, somente a equipe de saúde da família não dá conta [...] e falo isso para a gestão, e os outros serviços que compõem a rede. E (3)

A territorialidade e a inserção do ACS na comunidade foram destacados aqui como os que facilitam a identificação e acompanhamento das necessidades subjetivas da comunidade. Outro posicionamento relevante é reconhecimento da relevância de uma rede de atenção à saúde ativa e articulada, em prol do atendimento integral e resolutivo.

Ao atender as demandas de saúde mental na ESF com o enfoque da atenção psicossocial, valoriza-se as informações subjetivas, possibilita essa reconstrução de saberes em saúde mental (NASCIMENTO, BRAGA, 2004) e um avanço da formatação de um espaço nunca antes constituído na história da saúde brasileira. Para tanto, devemos proporcionar os diálogos das disciplinas normativas de saúde mental, de saúde coletiva, dos conceitos de integralidade, dos saberes biológicos, sociais e psíquicos como os serviços de atenção psicossocial (incluindo a ESF), com as IES e, sobretudo com a comunidade.

5.4.3 Saber integrar saberes múltiplos

O saber integrar saberes diversos, diferentes e múltiplos, no entanto o profissional reconhecer em seu repertório quais recursos irá agregar, organizar e empregá-los em determinada atividade profissional (LE BOTERF, 2003). Devemos pensar estes saberes como todos os conhecimentos, habilidades e recursos que a rede de saúde dispõe.

[...] já comentei na secretaria, mas nem o responsável pela saúde da família me deu muita atenção [...] estive na ação social, falei sério com as assistentes sociais, agora vamos ver [...] Porque esse dinheiro ajuda no sustento da família, daí temos que pensar em outra coisa sabe. E(3)

Na fala ficou claro a necessidade deste enfermeiro em conseguir uma resolver uma situação complexa, onde este foi acionando esquemas na medida em que o problema foi se mantendo. Le Boterf (2003, p. 56) ao reportar essa característica à constituição de competências, diz que: “[...] competência é mais da

ordem de combinação do que de mistura”. Percebe-se aqui a combinação de esquemas que o profissional foi acionando à medida que o problema se mantinha.

Embora a ação mais percebida diante do sofrimento mental tenha sido a de encaminhar para o serviço de especialidade, em que não identificamos uma atividade criativa e sim repetitiva, algumas considerações quanto fragmentos de discurso utilizados na categoria empírica 2 merecem uma revisitação a partir da integração de saberes múltiplos

[...] Assim tem sofrimento também [...] na maioria das casas aqui não tem o que comer! Não tem saneamento básico, não tem higiene adequada, não há emprego para todo mundo [...] nas escolas através de palestras a gente orienta a higiene, mas tem criança que de manhã vai para escola e não toma banho. E o primeiro alimento que ela tem é na escola. Esse sofrimento aí é uma coisa ampla [...] assim para falar disso só com educação, com envolvimento com a comunidade. E (1)

[...] se pensarmos saúde não apenas como ausência de doença, olhar para o sofrimento das pessoas nos possibilita entender até a saúde mental [...] E (3)

Na concepção de saúde dos sujeitos houve um movimento no sentido de agregar ao saber patológico outros saberes, como já comentado neste estudo, corrobora na constituição do saber ampliado em saúde. Aqui encontramos uma sensibilização para os saberes sociais, econômicos, relacionais, dos processos dinâmico-familiar e pedagógicos, juntamente com a necessidade de contextualização das situações em saúde: como falar de higiene, por meio de palestra, para crianças que não têm condições de se apresentarem na escola banhadas? Como falar de alimentação saudável se não tem o alimento?

5.4.4 Saber transpor

Essa subcategoria surgiu na necessidade de entendermos a transposição de saberes constituído nas ações em saúde. Le Boterf (2003) ao tratar disso fala que o profissional ao transpor suas ações ele não se limita a repetir uma atividade já desenvolvida, ou seja, ele tem capacidade de inovar, de adaptar.

No contexto da prática, do cotidiano da ESF que houve uma demanda de transposição de saberes

[...] em experiência é a coisa vivenciada mesmo, a prática mesmo, pra ver se é isso mesmo [...] E (1)

A prática é a situação complexa, nela dinamicamente se dão as relações. Este é um forte desafio para a formação de profissionais, formar para uma atuação que realmente atenda a necessidade de saúde da comunidade. Um caminho por Schön (2000) é o exercício da aula prática, por virtualmente apresentar a essência da prática a ser aprendida, em uma condição de experienciar situações reais com menos risco, podendo-se administrar o foco e o ritmo contando com diversidade da realidade.

[...] esse contato com a comunidade com a população é uma coisa importante, não seria um contato apenas em literatura, em um livro [...] cada hora é uma coisa diferente, às vezes o indivíduo não precisa nem de uma medicação, apenas de uma conversa, um diálogo, uma orientação, uma informação, então nessa parte aqui a gente exercita esse instrumento de trabalho que é a comunicação [...] E(1)

A ESF possibilitou um campo fértil a estas transposições de saberes, uma vez que seus princípios e do SUS buscam uma assistência a saúde voltada ao indivíduo (BRASIL, 1997) em um espaço de trabalho passivo às reflexões e criações. Conforme Lancetti e Amarante (2006), os profissionais conhecem os usuários pelo nome, e estes agregam relações interpessoais, podendo ser de um grande valor terapêutico.

[...] você desenvolve todas as habilidades e competências de gerenciar as partes administrativas, da assistência, você consegue realizar isso aqui num programa de saúde da família [...] E (1)

[...] num PSF, onde você é o responsável, você tem decisão, você tem as ações [...] você vivencia os problemas dentro da casa dos pacientes. E (2)

[...] as queixas que trazem as pessoas aqui são iguais [...] mas as intervenções que faço não são iguais, cada um tem uma história diferente, eles passam para gente [...] E (3)

A ESF foi revelada como um espaço de múltiplos acontecimentos, que demandam a transposição de saberes diante da diversidade e singularidade dos sujeitos. Conforme Nascimento e Braga (2004) isso evoca nos profissionais criatividade e sensibilidade para lidarem também com ações em saúde mental na ESF. Nesta perspectiva que Espiridião e Munari (2005), Lancetti e Amarante (2006) reforçam a necessidade de desconstrução e reconstrução de novos saberes e práticas que viabilizem a saúde mental na APS.

5.4.5 Saber aprender e saber aprender a aprender.

Nesta subcategoria, o material coletado foi organizado e agrupado conforme sua aproximação com o saber aprender e aprender a aprender. Nesse sentido Le Boterf (2003, p. 77) diz que esse saber compreende aquele indivíduo que: “sabe transformar sua ação em experiência [...] faz de sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber [...]”, e isto pode ocorrer de duas formas, a primeira quando aprendemos, mas não mudamos nossas teorias (circuito simples) e a segunda é quando modificamos nossa ação e nossas teorias (circuito duplo).

Assim, compreendemos o saber aprender a aprender como inerente às ações de saúde mental, pois a cada encontro de sujeitos (usuário e trabalhador) teremos envolvidos ali valores, situações, sentimentos, experiências de vida que são singulares. Pensamos que esse encontro, na ESF ocorre a quase todo o momento, vista que o serviço está posto em uma lógica territorial, em que devem existir envolvimento e co-responsabilização dos sujeitos envolvidos.

[...] a gente exercita esse instrumento de trabalho que é a comunicação, que é muito importante, acho que aprendi muito nessa mudança, então essa escolha de PSF pra mim foi boa [...] E (1)

[...] ela tinha mais ou menos uns 29 a 30 anos, na primeira gestação teve depressão pós-parto [...] ela fez tratamento com uma psicóloga, que nos tínhamos na época na secretaria de saúde e no hospital regional [...] fez o tratamento medicamentoso, tudo certinho [...] Ai ela teve uma nova gestação [...] Começamos a estimular ela a procurar leituras, a melhorar o relacionamento com o esposo, com os familiares [...] tinha muitos problemas de briga entre ela e o esposo, dificuldade de trabalho [...] nós tentamos e conseguimos um emprego para o esposo [...] então o esposo começou a trabalhar, foi menos um problema para ela conseguir se desligar dessa depressão [...] ela começou a ficar mais comunicativa, uma pessoa razoavelmente sem nenhum problema psíquico. E (2)

No material coletado acima percebemos que o saber aprender a aprender do enfermeiro E (1) acontecendo na prática atual, exemplificando o que Le Boterf (2003, p. 77) trouxe a respeito deste saber, que: “Não se trata, porém, somente de experiências passadas, mas principalmente, de experiências e de reflexão sobre a ação”. Percebe-se que o saber aprender a aprender, vem se construindo na medida em que vai sendo consumido, e sua legitimidade nas ações (competência) reforça-se por experiências já vividas, podendo ser pregressas ou não.

Relacionando saúde mental com a ESF e o saber aprender a aprender, percebemos que tanto a formação, seja da IES ou permanente, quanto os serviços de saúde, não viabilizam essa relação. Podemos afirmar isso a partir de dois pressupostos, o primeiro de que a formação da IES de enfermeiros ainda não promove aspectos como: comunicação, relacionamento intra e interpessoal e a integralidade na mesma proporção que o saber biomédico. O segundo é de que a ESF se mantém numa lógica prescritiva, atendendo a programas e protocolos.

[...] na faculdade não tinha laboratório de anatomia [...] Os estágios não tinham professores ou não tinha campo de estágio [...] Então hoje se alguém chegar e perguntar se aprendi saúde mental [...] Porque eu não tive na graduação. E (1)

[...] a gente tem que preencher 19 relatórios todo mês, e só temos 22 dias úteis [...] como fica a prevenção, os grupos, as visitas [...] E (2)

[...] o enfermeiro permaneceu pouco na unidade hoje, era dia de fechamento e entrega de relatórios e os enfermeiros devem levar na secretaria de saúde (sexta feira, dia de VD da equipe). O (3)

Desta forma o saber aprender a aprender em um contexto de práticas de saúde mental na ESF fica prejudicado, pois a base de teorias que esse profissional traz da formação é da relação profissional-doença, e não profissional-sujeito/família (AMARANTE, 2007). Somando a isto, as unidades de ESF ainda funcionam numa lógica verticaliza, pois devem atender a demandas preestabelecidas, e mensuradas por meio de relatórios de produção, ou seja, o saber aprender a aprender APS em saúde mental na ESF não aparece nestes instrumentos burocráticos.

5.4.6 Saber envolver-se.

Esta subcategoria emergiu na possibilidade de compreendermos a partir do saber envolver-se: como o enfermeiro coloca-se na ESF como sujeito de ação, capaz de realizar mudanças. Para tal Le Boterf (2003) coloca este saber como um somatório dos demais saberes, onde o profissional consegue envolver-se, com iniciativas e propostas que ultrapassem instruções e procedimentos.

Nesse sentido, Nascimento e Braga (2004) creditam a ESF se afirmar como um campo de ação, onde a criatividade, sensibilidade e renovação de conhecimentos são necessárias. Para Amarante (2007), A ESF possibilita ações em defesa da vida, que desenvolvam práticas que lidem com a saúde junto com a comunidade.

Consideramos que estas ações perpassem o que está prescrito nos programas de gestão e propostos, uma vez que as relações interpessoais entre os sujeitos na ESF podem ser uma constante. Contribuem com esse movimento as ações de saúde mental na ESF, com práticas que percebam o sofrimento mental das pessoas (NASCIMETO; BRAGA, 2004), e sendo este envolvido pela dimensão da subjetividade, o mesmo não se apresenta em manuais.

O sofrimento ele começa sabe que horas? Inicia às 4 horas da manhã! Quando o indivíduo vem espera uma vaga (para atendimento médico), porque são 12 vagas, e começa não só o dele, mas o meu! Quando eu acordo às 6 horas da manhã, que eu venho pra cá! Fico pensando será que vai dar para atender todo mundo?[...] Será que vai chegar o remédio? Entendeu? O sofrimento é uma coisa que a gente vê na rotina! Quem é enfermeiro de PSF tem que saber lidar com o sofrimento [...] Eu falo que o sofrimento é duplo! Porque eu tenho que conversar com o indivíduo e com a família, pois apesar de ele ter conseguido a consulta, vai precisar do medicamento, e posso não ter [...] Tem também o sofrimento da ansiedade da equipe [...] quando um ACS vai a casa, a primeira coisa que perguntam é se tem medicamento lá na unidade, se tão fazendo os exames? Então hoje qualquer um que chega à unidade, ele já chega em sofrimento psíquico. E(1)

Quando ela trouxe a criança para vacinar no 1º. mês de vida, ela ainda estava tranqüila, comunicativa, só que já dava para perceber que ela estava mudando, que a voz estava mais alta, um pouco nervosa, mais falante, sabe falava muita coisa ao mesmo tempo, e sabe, ela tava bem diferente de quando ela fazia o pré-natal. Ela tava eufórica, entendeu! [...] Então, a partir daquele dia eu mostrava pra ela o que era droga, o que ela fazia no organismo, o que ela podia fazer na comunidade dela, o que ela podia fazer pra família dela e pra própria criança e pro esposo [...] Então eu procurei o pai dela e falei, olha ela ta com comportamento diferenciado da primeira consulta que ela fez comigo de pré-natal [...] eu também conversei com ela dei algumas orientações para que ela ficasse mais calma, que os problemas dela eram o que tudo mundo tem. E (2)

[...] se não achar uma solução para isso, o tratamento dela vai complicar, isso não está no livro, porque naquela casa as coisas funcionam ao redor daquela mãe. E (3)

O 'envolver-se' foi delineado com estar atento aos problemas de a equidade, acessibilidade e resolutividade da ESF; sensível o suficiente para perceber as alterações dos sujeitos atendidos. Para Oliveira, Vieira e Andrade (2006) a possibilidade de inclusão dos sujeitos que sofrem mentalmente como objeto de cuidado de cuidado das equipes da ESF, vincula-se a capacidade de identificar as manifestações emocionais e psíquicas das pessoas em um dado contexto. Percebe-se também que os enfermeiros entrevistados reconhecem a ESF como um campo que disponibilize essas práticas:

[...] a própria demanda do serviço (em nível secundário e terciário) aí acaba te engolindo, e aqui não, aqui você vê que a gente conversa [...] você ter o comprometimento com a população com o indivíduo [...] você vai ser um melhor profissional, vai ter o comprometimento, a responsabilidade com o paciente. E (1)

Mesmo compreendendo o saber envolver-se como inerente às práticas na ESF, a lógica de assistência apareceu centrada no modelo biomédico, centralizado em consultas e limitado a acontecer dentro da unidade, se entrelaça com as relações interpessoais. Contudo, uma condição divergente quando buscamos orientações com o estudo de Munari, Melo, Pagotto et al (2008) em que o desejável é a mudança atitude e postura do profissional no sentido de fundamentar suas ações no modo de vida saudável, refletido e conduzido em equipe para atenção de saúde mental na atenção básica.

Eu posso estar preocupado em atender! Mas se nesse dia que ele veio na unidade não conseguiu ser atendido em consulta médica. Eu tenho que dar a informação correta, que nesse momento tem pessoas que estão precisando mais que ele! Que ele pode aguardar até amanhã! Isso se dá através do que? O sofrimento é amenizado com o trabalho através do diálogo e da conversa! E (1)

Então, foi um tratamento longo, foi um tratamento de sete meses com ela [...] todas às vezes que ela vinha, e já agendava a próxima as consultas quinzenalmente, [...] e ela nunca faltou uma [...] Eu tenho que conversar bastante [...] peço que ele venha na unidade, que ele acompanhe mais a unidade, que a gente acompanhe mais ele através da unidade e das visitas domiciliares. E(2)

Assim como em alguns momentos essa prática não se desenvolveu para o 'além do prescrito' pelo modelo hegemônico, percebidos nos registros do diário de campo:

Enquanto o enfermeiro e a técnica de enfermagem realizavam triagem nas crianças (sinais vitais e dados antropométricos) estas eram pesadas com roupas, não registravam no cartão de vacina, apenas no prontuário, não relacionam o peso, as imunização, com o contexto social das crianças. O (1)

Enfermeiro e Técnica de enfermagem estão fazendo a triagem para as consultas médicas, a técnica, por vez, verifica os sinais vitais e o enfermeiro os registra no prontuário e questiona o motivo da consulta médica, porém não faz nenhuma relação dos dados subjetivos com as queixas físicas e os dados colhidos pela técnica de enfermagem. O (3)

Essa observação foi aproximada ao que aponta Merhy e Franco (1999) que as mudanças na ESF centralizam-se na estrutura da lógica de como os serviços se desenvolvem. Corroborando com estas afirmações os estudos de Buchele, Laurindo, Borges e Coelho (2006), Canesqui e Espinelli (2006) ao demonstrarem que a assistência em saúde e saúde mental na APS segue centrado no modelo medicocêntrico; Lucchese (2005), Esperidião e Munari (2005), Amarante (2007) vêm na formação da IES e permanente a constituição de saberes e práticas que envolvam as relações interpessoais em um contexto interdisciplinar em que o cerne da assistência em saúde seja o sujeito/família

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir a respeito do exposto neste estudo nos permitiu o reconhecimento da riqueza do material empírico ainda a ser explorado, ao mesmo tempo em que este trabalho demonstrou alguns aspectos do objeto estudado. Para realizar a análise dos dados utilizamos a categoria analítica *práxis* para nos nortear a organizar os achados e categoriza-los, sem o compromisso em realizar uma análise mais aprofundada, assim, emergiram alguns elementos que compõe esta *práxis* como as concepções teóricas e práticas da formação formal e do cotidiano, que determinam um modo de ação e relação no âmbito da ESF.

Em princípio consideramos fundamental responder ao objetivo geral proposto pelo o estudo, de analisar a constituição de competências do enfermeiro na atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família na ESF, a partir das práticas do serviço na atenção primária. Diante disto foi possível caracterizar a assistência prestada aos sujeitos/família nas USF, por meio dos olhares dos enfermeiros pesquisados, a partir dos saberes que foram desenvolvidos na sua formação, constituindo ou não competência para atender saúde mental, quais saberes/fazerem foram formados nas práticas da APS para atender essa demanda, e os espaços/estratégias possíveis na construção de competências para atender a pessoa/família em sofrimento mental na ESF.

Partimos do pressuposto de que apesar da Constituição, em seu artigo 200 co-responsabilizar o SUS em coordenar a formação de profissionais na área de saúde no sentido de seus princípios e diretrizes, assim como, as políticas sociais e educacionais acenarem na mesma direção, ficou evidente neste estudo o quão ainda estamos imaturos neste processo. Transpondo essa discussão para a integralidade da atenção à saúde com indissociabilidade da atenção à saúde mental, identificamos uma ‘incompetência’ do enfermeiro na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico na APS, vista que, alguns saberes necessários a atenção à saúde mental na APS já tramitam o cotidiano das ESF e fazem parte dos recursos dos enfermeiros, como a concepção ampliada da saúde, saberes sociais, econômicos e a habilidade em reconhecer algumas manifestações afetivas e psíquicas das pessoas, porém, a constituição destes saberes não modificou a prática da ESF, pouco foram utilizadas de fato em situações reais, contudo, não há competência desenvolvida. Quando muito, um movimento de mudança, de soma de

recursos, inerente a um processo de transformação e, que ainda não provocou um salto qualitativo.

Percebemos que o foco na assistência a saúde, em um contexto geral, seguiu centrado na doença e na medicalização, e a saúde mental é tratada como uma especialidade que deve ser referenciada. Muito deste comportamento pode ser reflexo da formação, que não vislumbrou a integralidade dos sujeitos na medida em que se mantém um hiato entre a teoria e a prática nos serviços de saúde na APS. Dos espaços formais de formação: representado pela academia foi descrito em sua fragilidade de ensino em saúde mental, ou pela não oferta da disciplina ou, quando existente, foi focada na atenção psiquiátrica, ocorrida no hospício; quanto a educação permanente houve prioridade gerencial sobre o aprimoramento dos saberes formatados pelos programas de saúde: saúde da mulher, TB, imunização, Hipertensão entre outros, saúde mental não compartilhou dos interesses neste campo. Fenômenos que não viabilizou/viabiliza a construção da atenção psicossocial.

A necessidade de formação e capacitação dos profissionais da área de saúde é reconhecida pelo MS através de políticas sociais como a Circular normativa 01/03, PRÓ-SAÚDE, entre outras. No mesmo sentido, autores como Nascimento e Braga (2004), Esperidião e Munari (2005), Amarante (2007) apresentam estudos que nos remetem a uma reflexão nesse aspecto, e para tal transpõem para saúde mental as possibilidades de uma assistência mais humanizada e integral na APS.

Constatamos que a ESF ainda esta distante de uma assistência em saúde integral, na medida em que a saúde mental não faz parte de suas práticas, ficando claro que tanto as IES quanto a educação permanente não deram conta desta situação. Os achados reafirmaram os estudos que vem sendo apresentando, de que o processo de formação de recursos humanos em saúde vem ocorrendo de forma pontual, fragmentada e descontinua, não atendendo uma formação/capacitação que perceba os sujeitos na sua integralidade (ALMEIDA; FERRAZ, 2007).

O valores da educação tradicional, ainda foram presentes e fortes, não buscou o protagonismo do sujeito/família nas suas ações, assim trataram a saúde como um problema biológico. Esperidião e Munari (2005) concluíram que a maioria dos profissionais, tanto da assistência como do ensino, estão carregados de conceitos, atitudes e valores da educação tradicional que interferem em nossos

aspectos subjetivos, e conseqüentemente na constituição de nossos saberes e sua transposição em competências.

Nesse aspecto, observamos uma prática fundamentada em uma formação fragmentada, tecnicista e medicamentosa, onde os sujeitos da pesquisa deixaram claro que a formação acadêmica e a educação permanente não suprem essa necessidade da assistência. Verificamos que a constituição de competências dos profissionais atende a uma demanda de serviço prescritiva, recortada, medicamentosa onde a valorização neste sentido foi observada tanto pelas IES formadora destes sujeitos como pela gestão dos serviços de saúde, pois a associação de cuidado ao usuário com consulta médica e medicação foi unânime entre o grupo.

Constatamos também que os espaços de formação de uma *práxis* transformadora em saúde mental são inerentes na ESF, pois esta leva em seus princípios a proximidade objetiva e subjetiva que permitem aos profissionais de saúde essa construção. Esse estudo reafirmou o que trouxe Esperidião e Munari (2005) e Sena, Silva e Gonçalves et al (2008), de que esse espaço é assim percebido na ESF tanto pela gestão como pelas IES e também pelos profissionais de área de saúde.

Os sujeitos da pesquisa corroboraram com os autores de que o espaço é percebido, e por vezes é trabalhado, porém segue impregnado de práticas que envolvem a assistência medicocêntrica. Talvez seja este (o espaço da ESF) o que fator que poderá subsidiar o achado de que foi no cotidiano da ESF que os enfermeiros iniciam alguns movimentos de mudança, a serem tratados em parágrafos seguintes, e não nos espaços de formação formais. Consideramos a necessidade de uma formação formal, pois esta construção não pode ficar na responsabilidade e no âmbito penas da prática, pelo risco de se tornar do senso comum ou em 'empirismo'. Há de se constituir práticas pedagógicas ativas, pesquisas, que possibilitem a aproximação da teoria com a prática, percebendo na saúde mental os instrumentos terapêuticos que viabilizem a *práxis* transformadora na ESF.

Nesse sentido, os saberes necessários para constituição de competências para atenção de saúde mental na APS, resgatados das falas dos enfermeiros que participaram da pesquisa, evidenciaram a construção de um saber/fazer limitado, mas em movimento. Percebemos isso, ao analisarmos os registros de coleta e evidenciarmos a partir de trabalhos nessa área, que estes

saberes ao envolverem a saúde mental não atingiram a magnitude que representam, mas foram considerados por nós um avanço.

Dito em outras palavras, por mais dialética que seja a realidade estudada, por mais entraves, dificuldades e resistências que encontram na APS com inclusão da saúde mental, por mais que as ações de saúde estejam norteadas pelo modelo hegemônica, o que os profissionais das ESF estão fazendo é fenômeno histórico que deve ser levado em conta, um avanço da formatação de um espaço nunca antes constituído na história da saúde brasileira. A saber:

O que escutamos dos sujeitos pesquisados foi que 'Saber agir com pertinência' é agir conforme um saber prescritivo, saber/fazer seguindo protocolos dos programas do MS e que práticas formais instituídas em saúde mental deveriam se fazer presente.

Esse 'saber prescritivo' orientado pelo MS imprimiu às ações de saúde na ESF um perfil mecanicista e genérico demais, tornando as dimensões subjetivas da relação em saúde um não objeto de atenção. A padronização do fazer na ESF é tão valorizada no sentido de atender a demanda do MS que o sujeito atendido tornou-se um mero co-adjuvante na relação.

'Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional' foi significativo para o movimento de mudança: ouvir a comunidade em sua necessidade é um caminho para a construção de autonomia, co-responsabilidade; sensibilizar o olhar para os adventos além do físico, abrangendo a diferença, a afetividade, o social, o mental.

A territorialidade e a inserção do ACS na comunidade ganharam um status justo de facilitador da 'contextualização' do saber/fazer, pois encaminham a identificação e acompanhamento das necessidades subjetivas da comunidade.

'Saber integrar saberes múltiplos' os sujeitos revelou um movimento quanto a evocação de saberes diversos na compreensão da condição de saúde das pessoas, como o saber patológico, o social, econômico, relacional, dos processos dinâmico-familiar e pedagógicos.

'Saber transpor' o cotidiano das ESF demandam muito desse saber, porém pouca transposição de saberes/fazeres em situação real foram registrados, já que o mais comum registrado foi uma ação repetitiva de: diante de uma situação de sofrimento psíquico encaminha-se para o serviço de especialidade.

Identificar a história de vida dos sujeitos e reconhecê-los na singularidade constituiu o ‘Saber aprender e saber aprender a aprender’.

‘Saber envolver-se’ foi demonstrado pelo estar atento aos problemas de a equidade, acessibilidade e resolutividade da ESF; sensível o suficiente às alterações dos sujeitos atendidos, contudo é um saber que também mobiliza sofrimento no profissional.

Os sujeitos da pesquisa, ou por meio da formação formal ou pelo cotidiano dos serviços demonstraram-se capazes em identificar algumas manifestações psíquicas, o improvável é saber agir nas situações em que tais manifestações ocorreram. Mas nas situações em que o enfermeiro estava focado nos protocolos tais manifestações foram inaparentes

Por fim, esta pesquisa e os estudos aqui correlacionados, vêm demonstrando que o saber/fazer em saúde mental na atenção psicossocial se faz necessário, uma vez que o campo de atuação tem se ampliado e sua inserção na APS tem sido percebida como a consagração da integralidade na assistência a saúde, e por sua vez de um modelo de atenção que vislumbre o sujeito e não a doença.

Estamos em construção, em desenvolvimento que é “[...] sempre progressivo, ocorre quando o elemento novo nega, supera e substitui o velho reaproveitando, o que há de bom nele para o novo”. (LUCCHESI, 2005, p. 95).

7. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidade o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, W.S.C; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMAND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 171-86.

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (organizadores). **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo Edusp, 2001. p 13-50.

ALMEIDA, L.P.V.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.1, p. 31-5, jan-fev. 2008.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo. Cortez, 1997.p.15-26.

AMARANTE, P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

BERTULINO NEVES, M.A.; SPINELLI, M.A. Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-66, jul./out. 2008.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento Marxista**. Trad. de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3657/1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. Brasília, 1989.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 set. 1990a. P.18055-9

BRASIL. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 31 dez. 1990b.p.25.694-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. SNAS. **Portaria nº 224 - De 29 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1007>. Acesso em: 22 mai. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família – PSF –** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Programa/ Caderno de Textos. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 37, 9 nov 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM 19 de fevereiro de 2002. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS II ad. Brasília, DF 2002. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39 Portaria 336 de 19 02 2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf). Acesso em 14 fev 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta nº 01/03, de 13/11/03. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198 13 de fevereiro 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf. Acesso em: 13 fev 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial 2118**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 13 fev 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília. 2007a. p. 86 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.018/GM/MS**. Brasília, DF, 2007b.

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, 2001.

BUCHELE, F.; LAURINDO, D.L.P; BORGES, V.F.; COELHO, E,B,S. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm**, v.11, n. 3, p. 226-33, set/dez. 2006

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 1881-92, set. 2006.

CÁCERES (MT). **História de Cáceres**. [on-line]. Estado do Mato Grosso. Câmara Municipal de Cáceres MT. Disponível em: <<<http://www.camaracaceres.mt.gov.br/new/index.php?page=historia>>>. Acesso em:19 abr 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKE, L.C.M.. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-10. 2004.

CHAUÍ, M.S. **O que é ideologia**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C. A. C. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n.4, p. 394-401. 2006.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B.; STACCIRINI, J.M.R. Desenvolvendo pessoas: estratégias facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 4, p. 516-22, jul-ago. 2002.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciências, cuidado e saúde**. Maringá, v. 4, n.2, p. 163-170, maio/ago. 2005.

FAUSTINO, R.L.H. Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003. 198p.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v. 30, n. 1, p. 32-7. 2008.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: Fazenda I. **Metodologia da pesquisa educacional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 71-90.

GADOTTI, M. Concepção da dialética. In: GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p.15-40.

IDE, C.A.C.; DE DOMENICO E.B.L. Projetos de formação em enfermagem: representações do vir a ser profissional. In: Ide, C.A.C.; De Domenico, E.B.L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.3-16.

JOBERT, G. A profissionalização: entre a competência e reconhecimento social. In: ALTET, M., PAQUAY, L., PERRENOUD, P. **A profissionalização dos formadores de professores**. Trad. de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.221-32.

KANTORSKI, L.P; SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas disciplinares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n. 6, p.27-34. 2000.

KANTORSKI, L.P; PINHO, L.B; SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.3, p. 317-24. 2005.

KANTORSKI, L.P. SILVA, G.B. SILVA, E.N.F. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.54, n.3, p.409-19, jul set. 2001.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. 7 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. (Cadernos de texto)

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, W..S..C; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMAND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-34.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.369-79, mar ago. 2005.

LOPES NETO, D.; TEIXEIRA, E.; VALE, E.G.; CUNHA, F.S.; XAVIER, L.M.; FERNANDES, J.D. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.6, p. 627-34, 2007.

LUCHESE, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo São Paulo, 2005. 251 p.

LUNARDI FILHO, W. D., LUNARDI, V. L., SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n. 2, p. 91-6, mar. 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/Dumará. v.1, n.1., p.138-54. 1991.

MACEDO, L. Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In: PERRENOUD, P., THURLER, M. G. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.113-35.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n.1, p.61-6, jan jul. 2003.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set-out. 2004.

MERHY, E. E. A Avaliação da qualidade e a gestão descentralizada em uma rede básica de saúde: a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **PSF - contradições de um programa destinado a mudança do modelo assistencial**. In: VI Congresso Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia. Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública, 1999.

MERHY, E.E. MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RINOLI, J.; FRANCO, T.B.; BURNO, W.S. O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: FRANCO, T. B., MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF); contradições de um programa destinado a mudança no modelo tecnoassistencial**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed ver. São Paulo: Hucitec, 2006.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do programa de saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 10, n. 3, p. 784-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>. Acesso em: 29 jan 2009.

NASCIMENTO, A.A.M.; BRAGA, V.A.B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE, **Cogitare Enfem**, v. 9, n.1, p. 84-93, jan-jun. 2004.

NIETSCHE, E.A. As teorias da educação e o ensino de enfermagem no Brasil. In: Saube R, (organizador). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC; 1998. p. 119-61 (Série Enfermagem)

NUNES, M.; Jucá V. J.; Valentim, C..P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84. 2007.

OLIVEIRA, A. B. G.; CONCIANI, M. E.; LUCCHESI, R.; MARCON, S. R. A saúde mental no programa de saúde da família. In: **SENPE**. Florianópolis, 2007. (resumo expandido).

OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d água, 2006.

PERRENOUD, O. **Construindo as competências desde a escola**. Trad. De Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar: convite à viagem**. Trad. de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. 104p. (Série Conhecimento. Teses e dissertações; 37)

RESCK, Z. M. R.; GOMES, E. L. R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n.1, jan fev. 2008.

SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no ceará. In: LANCETTI, A. (organizador). **Saúde e loucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. Hucitec: São Paulo, 2001. p.199-219.

SANTOS, A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS, A. S. MIRANDA, S.M.R.C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manoele, 2007.

SCHÖN, D.A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2003, v. 5, n. 2, p. 71-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

SENA, R. R. SILVA, K. L. GONÇALVES, A. M. DUARTE, O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface**. Botucatu [online], v. 12, n. 24, p. 23-34. 2008.

SEVERINO, A.J. **Filosofia da educação**: construindo a cidadania. São Paulo: FTB, 1994.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3., p.441-9, May June. 2005.

SILVA, C.C.; EGRY, E.Y. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 2, p.11-6. 2003.

SOUZA, A. C.; Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Revista de enfermagem Escola Ana Nery**, v. 10, n. 4, p. 703- 10. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

TAVARES, J. L. Enfermagem psiquiátrica no Brasil: reflexões sobre o ensino e a prática. **Revista Baiana Enfermagem**, v.19, n. 1/2, p.19-29. 1997.

TESSER, C.D. Medicalização social (II) limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, p. 346-362 jul dez. 2006.

VASQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 457p.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. O processo de cuidar na perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p 765-771. jul ago. 2008. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 10/09/2008.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 451/CEP-HUJM/07

“COM PENDÊNCIAS”

APROVADO “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: “**Atenção à saúde mental nas unidades de saúde da família: Constituindo competências para atuação do enfermeiro,**” encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Hilton Giovani Neves** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 14/05/08 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 14 de Maio de 2008.


Prof. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM



8. APÊNDICE I

Termo de consentimento livre e esclarecido
(enfermeiros dos PSF)

Pesquisa: Atenção À Saúde Mental Nas Unidades De Saúde Da Família: Constituindo Competências Para A Atuação Do Enfermeiro

Pesquisadores e instituições envolvidas: Hilton Giovani Neves e – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Enfermagem/UFMT fone 3615-8810.

Objetivo principal: Analisar a constituição de competências na atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família no PSF, a partir da prática do enfermeiro e do contexto das políticas de saúde das áreas da atenção primária e saúde mental.

Procedimentos: os dados serão coletados em observação do cotidiano do serviço do PSF, entrevista gravada em áudio, leitura em prontuários e documentos de gestão. As gravações e dados de observação serão confidenciais, mantidas sob a guarda dos pesquisadores e analisadas somente pelos pesquisadores, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: Risco Nenhum; Desconforto Mínimo.

Benefícios previstos: Constituição de novos saberes na prática do enfermeiro na atenção à saúde mental no PSF – melhoria da qualidade da atenção do enfermeiro ao doente mental e família.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantido que as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa. Somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes e informações dos participantes desta pesquisa.

Entendo também, que a minha participação é voluntária, ou seja, eu posso não querer participar, e que durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade e sem que a minha atuação no PSF seja prejudicada.

Fui informado ainda que a minha participação nesta pesquisa não trará nenhum risco à minha saúde ou prejuízo financeiro.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do enfermeiro:

Assinatura do pesquisador:

Em caso de necessidade, contate a Hilton Giovani Neves no telefone 3615-8823 ou no e-mail: hgneves@terra.com.br. Para maiores esclarecimentos contate com o Comitê de Ética em Pesquisa do HJM – tel (65) 3615 7254 end. Rua L s/n – Jardim Alvorada. E-mail cephujm@cpd.ufmt.br

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__



APÊNDICE II

Termo de consentimento livre e esclarecido
(Profissionais dos PSF)

Pesquisa: Atenção À Saúde Mental Nas Unidades De Saúde Da Família: Constituindo Competências Para A Atuação Do Enfermeiro

Pesquisadores e instituições envolvidas: Hilton Giovani Neves e – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Enfermagem/UFMT fone 3615-8810.

Objetivo principal: Analisar a constituição de competências na atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família no PSF, a partir da prática do enfermeiro e do contexto das políticas de saúde das áreas da atenção primária e saúde mental.

Procedimentos: Os dados serão coletados em observação do cotidiano do serviço do PSF, leitura em prontuários e documentos de gestão. Os dados de observação serão confidenciais, mantidos sob a guarda dos pesquisadores e analisados somente pelos pesquisadores, não sendo de nenhum modo exibidos ou divulgados para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: Risco Nenhum; Desconforto Mínimo.

Benefícios previstos: melhoria da qualidade da atenção da ESF ao doente mental e família.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantido que as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa. Somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes e informações dos participantes desta pesquisa.

Entendo também, que a minha participação é voluntária, ou seja, eu posso não querer participar, e que durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade e sem que a minha atuação no PSF seja prejudicada.

Fui informado ainda que a minha participação nesta pesquisa não trará nenhum risco à minha saúde ou prejuízo financeiro.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do enfermeiro:

Assinatura do pesquisador:

Em caso de necessidade, contate a Hilton Giovani Neves no telefone 3615-8823 ou no e-mail: hgneves@terra.com.br. Para maiores esclarecimentos contate com o Comitê de Ética em Pesquisa do HJM – tel (65) 3615 7254 end. Rua L s/n – Jardim Alvorada. E-mail cephujm@cpd.ufmt.br

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__



APÊNDICE III

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO/DIÁRIO DE CAMPO

-Período de observação (dia/ horário):

- Nome da Unidade:

Endereço:

-Tempo de funcionamento:

-Número de famílias cadastradas:

Relação ACS/número de famílias cadastradas

-Descrição e quantificação da equipe:

-Infra-estrutura da Unidade de PSF: (salas, mobiliário e utilização).

-Descrição do cronograma semanal/agenda de atendimento (o que é planejado pela ESF/como foi planejado):

- Descrição do que ocorreu (se o planejado foi executado/de que forma):

- Identificação dos relatórios de produção da ESF/tempo dispensado para a elaboração destes relatórios.

- Quantas visitas domiciliares foram registradas no relatório? Quantas foram observadas durante o período de observação do pesquisador?

-A relação do enfermeiro com os profissionais da equipe, com os usuários e famílias:

- entre os que procuraram o PSF houve pessoas/famílias em sofrimento psíquico (demandas de ordem afetiva, comportamental, relacionamento entre outros)? Descrevê-la

- houve alguma prática específica para atender a pessoa em sofrimento mental ou familiar? Descrevê-la.

- foi realizada Visita domiciliar para alguma pessoa ou família em sofrimento mental? Descrevê-la

- houve alguma orientação ou discussão enfermeiro/equipe quanto á situações envolvendo usuário/família em sofrimento mental? Descreve-la.

- Há existência de registros/identificação de famílias de pessoas com transtorno mental. Descreva:



APÊNDICE IV

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO

Data da entrevista: ____/____/____

A - IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Sexo:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ ano de conclusão/ instituição):

Outros cursos realizados na área de saúde:

B – TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Unidade que trabalha:

Razões da escolha de trabalho em uma ESF:

Função que desempenha nesta ESF:

Tempo de trabalho nesta unidade:

Tipo de contrato de trabalho:

Jornada e turno de trabalho:

Trabalho em outros serviços e/ou instituições de saúde.

C – QUANTO AO COTIDIANO DO SERVIÇO

Como você atende a pessoa em sofrimento psíquico e família?

Conte-me uma (ou mais) situação em que você tenha atendido uma pessoa em sofrimento psíquico neste PSF.

Conte-me uma situação em que você tenha atendido a família de uma pessoa em sofrimento psíquico.

D – QUANTO A FORMAÇÃO INTEGRAL

Durante sua formação (graduação e/ou pós-graduação, prática profissional e vida pessoal) quais conhecimentos e habilidades você desenvolveu para atender uma pessoa em sofrimento psíquico e família? (conte-me como foi sua formação no sentido de atender o indivíduo com um todos, em suas diversas necessidade, além do físico?)