

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN**

TALÍCIA SAMARA BEZERRA DE LIMA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM
SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA**

MOSSORÓ
2012

TALÍCIA SAMARA BEZERRA DE LIMA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM
SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE-RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ
2012

TALÍCIA SAMARA BEZERRA DE LIMA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM
SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA**

Projeto apresentado pela aluna Talícia Samara Bezerra de Lima, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
Orientador

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares (FACENE/RN)
Membro

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
Membro

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, pela minha conquista, discernimento, e felicidades, e verdadeiramente e carinhosamente a minha mãe Maria Gilcinete Bezerra de Lima que, durante toda esta minha trajetória, me guiou até o sucesso. TeAmo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, que me guiou enfim a um destino em que realmente fosse meu ,não me deixando desistir apesar das dificuldades.

Agradeço, de forma incomensurável, aos meus pais, Josias Caetano e Maria Gilcinete ,que foram a base de tudo pra mim, de toda minha mudança de vida, e por nunca terem desistido de mim, e que apesar de tudo acreditaram até o final.

Ao meu tio Gilmar Lopes por ser seguidor incansável não só na minha batalha de vida desde dos tempos de infância,mais como de todos da família, por ajudar as pessoas pelos simples prazer de vê-las crescer e satisfazer-se com a evolução das pessoas.

À minha irmã Talita por ser uma pessoa que sempre acreditou no meu potencial,e minha irmã Tatiane por ser referência na minha história de lutas e batalhas, pela companhia,pelas conversas, risadas e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A minha amiga, irmã, parceira,sócia Camila Pereira de Oliveira pela paciência,perseverança, por ser essa pessoa tão indecifrável e ao mesmo tempo tão insubstituível, que sempre me apoiou, me suportou, e nunca me abandonou. A minha linda nequinha Isadora Rodrigues Cavalcante por ter sido tão complacente, comedida,apaziguadora,dedicada as colegas e responsável. A minha amiga Cláudia Roberta Rebouças pelos desabafos,caronas,piadas e risadas fora de hora.Agradeço a vocês por terem contribuído inestimavelmente na concretização do meu sonho, e serei eternamente grata.

A minha prima Sara Sabrina Ferreira de Lima, por ter aparecido na minha vida em um momento oportuno, e fez com que eu mudasse conceitos e estilo de vida, e me deu um incentivo valoroso não só na minha vida acadêmica, como também familiar e social,e que foi de vital importância ao meu crescimento pessoal.

Aos amigos de classe, pela troca de experiências pessoais, profissionais e, principalmente, pelo carinho, afeto e amizade prestados no decorrer do curso.

Ao meu orientador, Professor Esp. Lucidio Cleberson, pela paciência, pelas sugestões, por ter acreditado na realização desta pesquisa e confiado em meus ideais.Ào professor, Lauro Geovane,que apesar de sua ausência aceitou o desafio de orientar um tema no qual não estava inserido em sua área de atuação.Ao professor Rafael Soares por ter aceitado participar da minha banca contribuindo assim ricamente para meu trabalho.Ao corpo docente, pela paciência, compreensão e dedicação no decorrer desses quatro anos. A todos os profissionais que participaram desta pesquisa.

Enfim, a todos que contribuíram para o sucesso deste trabalho. Meus Sinceros Agradecimentos.

RESUMO

A sistematização do trabalho em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família é de vital importância para os portadores de sofrimentos psíquico, pois se configura como um dos principais pilares dos princípios do Sistema Único de Saúde, o qual visa uma abordagem mais integral e resolutiva à medida que trabalha na perspectiva da integralidade das ações. Desse modo, essa concepção integral favorece a assistência mais eficaz ao usuário de saúde mental. Assim, o trabalho objetiva analisar os fatores que influenciam a efetivação da atenção integral em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza quanti-qualitativa, desenvolvida em cinco Unidades Básicas de Saúde de pontos escolhidos geograficamente, cuja amostra foi realizada com dez enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que atuam nas Unidades Básicas mencionadas, componentes estes escolhidos através dos critérios de inclusão da pesquisa. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário com questões objetivas e subjetivas relacionadas à temática abordada. Os dados coletados foram analisados pelo método de análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2007). Os resultados demonstram que não existiu uma sistematização para assistência ao portador de sofrimentos psíquico na atenção primária à saúde no município de Mossoró, bem como que existem diversos entraves para a efetivação de uma assistência integralizada, como o estigma em torno do assunto, a falta de educação permanente em saúde, a sobrecarga de trabalho e a falha no processo de referência e contra referência que são fatores limitantes para assistência integral em saúde mental. Neste sentido, conclui-se que o trabalho em saúde mental, principalmente na atenção primária, ainda se configura como um desafio para o sistema de saúde público, tendo em vista que muitos são os entraves para a consolidação de uma assistência integral a essa clientela.

Palavras-Chaves: Enfermagem; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The systematization of work in Mental Health in Family Health Strategy is of vital importance for patients who have psychic suffering, since it represents one of the main pillars of the Unified Health System principles, which aims a more integral and resolutely approach as it works with the perspective of a completeness of actions. Thus, this integral conception benefits a more effective care for the mental health user. This way, this paper aims to analyze the factors that influence the effectiveness of integrated care in Mental Health in Family Health Strategy. This is an exploratory and descriptive research with quanti-qualitative approach developed in five Basic Health Units from points selected geographically, whose sample constituted of ten nurses from the Family Health Strategy who work at the Basic Unit previously mentioned; these components were chosen by the research inclusion criteria. A questionnaire was used as instrument for data collection; it consisted of objective and subjective questions related to the approached topic. The collected data were analyzed using thematic content analysis proposed by Minayo (2007). The results demonstrate that there is not a systematic assistance to people with mental suffering in primary health care in Mossoró and that there are several barriers to effective complete assistance, as the stigma surrounding the issue, the lack of continuing education in health work overload and failure in the reference counter-reference process are limiting factors for comprehensive care in mental health. Work in mental health, especially in primary care, is still configured as a challenge to the public health system, considering that there are many barriers to the consolidation of comprehensive health care for this clientele.

Keywords: Nursing, Mental Health, Family Health Strategy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Caracterização da Amostra quanto ao Sexo.....	21
Gráfico 2 –Caracterização da Amostra quanto à Idade dos profissionais.....	22
Gráfico 3 –Caracterização da Amostra quanto a formação.....	23
Gráfico 4 –Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Formação.....	24
Gráfico 5- Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Serviço.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMA.....	9
1.2 HIPÓTESE.....	11
1.3 JUSTIFICATIVA.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 Objetivo geral.....	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
2 REVISÃO TEÓRICA.....	13
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REFORMA SANITÁRIA.....	13
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA	15
2.3 AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	18
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	21
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2 LOCAL DE ESTUDO	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	22
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	23
3.6 ANÁLISE DE DADOS	23
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	24
3.8 FINANCIAMENTO	25
4 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA.....	26
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA.....	30
4.2.1 Como está sendo desenvolvida atualmente a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.....	30
4.2.2 Dificuldades encontradas pelos enfermeiros para implementação da Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.....	33
4.2.3 Instrumentos que podem facilitar a concretização da assistência integral em Saúde Mental.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERENCIAS	41

APÊNDICES..... 46

ANEXO – A (CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO C.E.P.) 48

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica dá-se juntamente com o movimento sanitarista, em 1970, no qual se exigia melhores práticas em saúde, defesa da saúde pública e igualdade na oferta dos serviços nos processos de gestão, e de novas tecnologias (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2005) o movimento de Reforma Psiquiátrica, é um processo social e político, com pessoas, instituições e forças de diferentes locais, e que abrange territórios diversos, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, bem como associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. É compreendida como um conjunto de mudanças nas práticas dos saberes, valores socioculturais e na rotina de vida das instituições.

Embora tenha se dado juntamente com o movimento sanitarista, a Reforma Psiquiátrica tem história própria de mudanças, e superação da violência manicomial. Foi fundada durante a crise do modelo biomédico e hospitalocêntrico, como também coincidiu com os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Nos últimos anos a área da saúde mental, vem se encaminhando num processo de afirmação que desmistifica o modelo biomédico e hospitalocêntrico, tendo como base a Reforma Psiquiátrica, enfatizando e atribuindo o cuidado em saúde mental a uma rede que contemple a atenção básica, ou primária. Criando assim uma rede substitutiva em constante construção (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Construção que está vinculada a uma nova realidade, que é desenvolver a assistência em saúde mental na perspectiva psicossocial, visto que o modelo biomédico e hospitalocêntrico, é restritivo, a vigiar, isolar e administrar medicamentos, no qual atendem ao tratamento, mais acaba tornado o tratamento meramente curativista (NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

Já a base da assistência em saúde mental na perspectiva psicossocial visa atender ao paciente psíquico e sua família no contexto social, de inclusão, reabilitação psicossocial, inserção comunitária e na produção em sociedade, integrando trabalho, lazer, cultura, educação e saúde (NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS), para efetivar suas diretrizes e assegurar à população brasileira o acesso a cuidados primários e à melhoria da qualidade de vida, utilizando como ferramenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é um modelo assistencial proposto pela Constituição de 1998, que para a efetivação precisa de práticas assistenciais que garantam os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Partindo dessa premissa supracitada é de vital importância articular a ESF e atenção à saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica, pois elas poderão ocorrer, uma vez que ambos têm princípios e diretrizes que são convergentes (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

A ESF valoriza a territorialização, o contato com a população, participação popular, trabalho em equipe e visa os problemas da população, entendendo suas necessidades reais, e identificando fatores de risco, realizando a prevenção e promoção da saúde e intervindo quando necessário (CURY; GALERA, 2006).

Quando implantada de forma concreta a ESF contribui eficazmente para o processo de desinstitucionalização da assistência a indivíduos portadores de doenças mentais, pois facilita a organização de um rede substitutiva (RIBEIRO, 2007).

Com abertura a participação popular, a ESF proporcionou o desenvolvimento de um elo entre a equipe multiprofissional e os grupos familiares, sendo conhecidos pelo nome e história de vida, ligação essa que favorece a humanização das práticas de saúde, bem como a satisfação do usuário (CURY; GALERA, 2006).

A importância desse projeto é identificar fatores que indiquem a possibilidade da ESF tornar-se também um dispositivo, que contribua com eficácia na assistência ao portador de transtornos mentais, bem como com a sua família.

1.1 PROBLEMA

Que fatores influenciam na efetivação de uma atenção integral em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família?

1.2 HIPÓTESE

De acordo com a Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, o portador de transtorno mental deve ser tratado como cidadão, de preferência em serviços comunitários de saúde, visando sua reinserção e vivência na comunidade, tornado assim a ESF a porta de entrada para a detecção e cuidados iniciais para com os mesmos, no qual não acontece na prática, pois os portadores de transtornos mentais são encaminhados aos centros de apoio psicossocial (CAPS), não realizando uma assistência integral, nem notificando em números a população portadora de transtornos mentais (NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

Diante do contexto da saúde mental na atualidade, vivências adquiridas em estágios durante o processo de graduação, bem como análises feitas nos mesmos, foi percebido uma negligência, e um sistema da ESF falho no que se refere ao atendimento primário e ao cuidado assistencial para com o portador de sofrimento psíquico, ferindo assim a dois dos princípios básicos que rege o SUS, que são a integralidade e equidade. A sobrecarga excessiva de trabalho falta de conhecimento sobre a doença, e os estigmas em torno do assunto são fatores agravantes para o processo assistencial para o portador da doença.

1.3 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema e a importância do trabalho dá-se pela necessidade de ampliação dos conhecimentos acerca do assunto, do nível de complexidade, das dificuldades encontradas em torno da assistência.

As dificuldades em elaborar uma assistência adequada trás sérias consequências ao portador de sofrimento psíquico, pois com a detecção precoce das doenças, seu tratamento imediato e com acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional não só pelo enfermeiro da ESF seria uma alternativa viável para reinserção do mesmo na sociedade.

O projeto apresenta relevância, pois possibilitará aos pesquisadores realizar um estudo analítico e reflexivo referente ao tema proposto, possibilitando a estes perceber o quão é importante a assistência adequada ao portador de transtornos

mentais, sua terapia e reinserção na sociedade, tornando as práticas direcionadas para cada caso.

O mesmo será também utilizado para futuras pesquisas em torno do assunto, contribuindo não somente para área de enfermagem, como também para estudantes em iniciação científica e para todos os pesquisadores que visem agregar conhecimentos, e obter uma análise crítica sobre as mais variadas áreas de conhecimento.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

- Analisar os fatores que influenciam a efetivação da atenção integral em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.

1.4.2 Objetivos específicos

- Conhecer na opinião dos enfermeiros como a atenção à saúde mental está sendo desenvolvida nas equipes de saúde da família;
- Analisar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro da ESF, para a sistematização da assistência em saúde mental;
- Descrever na opinião dos enfermeiros a dinâmica assistencial da equipe de saúde da família nas situações de sofrimento mental;
- Conhecer na opinião dos enfermeiros os instrumentos que dificultam a concretização da assistência integral em saúde mental.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REFORMA SANITÁRIA

A Lei federal no 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre a substituição do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como sobre o modo como os portadores de transtornos devem ser tratados (NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

Segundo Brasil (2005) a Reforma Psiquiátrica foi fundada durante a crise do modelo biomédico e hospitalocêntrico, como também coincidiu com os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1970 e 1980, reconhece a dimensão dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar restrito a especialistas. Propõe-se então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação popular (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007) foi detectada uma grande resolubilidade nos níveis de assistência primária sem que necessariamente tenha intervenção de profissionais especializados, sobretudo quando existe um apoio matricial advindo de um dispositivo tipo CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), constituindo-se um aliado importante na assistência, que é a prevenção e promoção em saúde mental.

O modelo hospitalocêntrico ficou conhecido pela forma excludente que tratam os portadores de transtornos mentais. Como consequência cria-se um referencial social de segregação, de negação do sujeito e criação do “louco”, portanto discriminador da pessoa que é diagnosticada com sofrimento psíquico.(NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

No novo modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, que é o modelo Psicossocial, o tratamento medicamentoso não mais seria único e predominante, objetiva-se também integrar o paciente a família, assim como incluir outros profissionais de saúde dentro do tratamento do portador de transtornos mentais (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Os dispositivos do modelo substitutivo entram no processo como medida ideal na melhoria do tratamento aos portadores de transtornos mentais, visto que os hospitais psiquiátricos agem de forma biomédica e curativista e promovem o controle comportamental do doente mental, dificultando o processo de controle da doença, bem como a continuidade do tratamento e reinserção na sociedade (NÓBREGA; VIEIRA FILHO, 2004).

A estrutura e organização da rede de assistência devem passar por reformas profundas. Nos hospitais psiquiátricos deve ser promovida uma gradual redução de leitos e as outras unidades de assistência prevista como dispositivos substitutivos em saúde mental, obedecer a uma estruturação horizontal de formação institucional, priorizando a escuta e o diálogo como fator essencial para o sucesso do tratamento (BRASIL, 2005).

No âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), têm papel fundamental e importante entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental. É onde surge a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2004) é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Dividem-se em o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios de menor porte, o CAPS II tem como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III são serviços de alto complexidade, funcionam em grandes metrópoles 24 h por dia; o CAPSi, é especializado no atendimento de crianças e

adolescentes com transtornos mentais; e o CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Assim a ESF age como um potencializador das ações de saúde mental, agindo como um articulador e interlocutor significativo para mapeamento dos transtornos mentais. As equipes com o apoio matricial promovido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) podem promover a detecção precoce de paciente em sofrimento psíquico, e com isso fazer uma interseção junto a estes pacientes e suas famílias (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Apesar do contexto positivo e a ESF e o CAPS possuem princípios e diretrizes que convergem para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, na prática não se concretizam, pois embora seja estabelecida uma afinidade teórica entre os princípios e diretrizes desses serviços, no cotidiano, ambos andam na contramão desta tendência combinatória, por uma falha evidente entre a concepção e formação dos profissionais para a atenção em saúde mental que impõe obstáculos para um processo de transformação da assistência, inviabilizando práticas para a reabilitação (LUCCHESI; MUNARI; NEVES, 2008)

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi operacionalizado através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e tem como objetivo principal a prevenção e promoção da saúde, fazendo o reconhecimento da comunidade e trabalhando conjuntamente para benefícios da população em geral, esse modelo visa à atenção primária em saúde (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

Segundo Oliveira, Ataíde e Silva a ESF iniciou a sua implantação em 1994, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já existia desde 1991. A ESF propiciou significativas mudanças nas propostas da Norma Operacional Básica, que foi editada em 1996 e propunha forma diferenciada de incentivos financeiros para os municípios que implantassem o PACS e/ou ESF.

A organização dos serviços de saúde anterior à regulamentação do SUS/ESF era pautada principalmente nos modelos assistenciais sanitário e médico assistencial privatista. O primeiro tem como foco principal os problemas de caráter

coletivo, e o modelo médico-assistencial privatista tem como foco principal o doente, sendo médico seu principal sujeito (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

A ESF promove a saúde, através do fortalecimento da atenção primária, permitindo a construção da saúde através de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros (SCOZ; FENILI, 2003).

A equipe é composta por médico, enfermeiro (a), auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde. Normalmente a referência física são as unidades básicas de saúde, sendo nestas realizados os atendimentos, assim como nos domicílios dos usuários, quanto às visitas domiciliares (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

Outro fator importante na ESF em saúde mental, é a integralidade, isso implica que a equipe esteja preparada para todo e qualquer atendimento em saúde, até mesmo os serviços que não sejam ofertados, incluindo o encaminhamento quando necessário aos serviços secundários e terciários, para tratamento específico (RIBEIRO, 2007).

Segundo Ribeiro (2007), o conceito de integralidade também inclui diversos outros dispositivos assistenciais e a interseção entre eles, tendo em vista que nenhum deles isoladamente disponibiliza da totalidade dos recursos e competências para solucionar os problemas.

Segundo Brasil (2005), a grande vantagem da ESF é que a mesma possibilita um contato direto com o usuário promovendo com isso uma maior interação relacional, desenvolvimento de vínculo e proporcionando uma valorização do sujeito protagonista no seu processo de saúde doença.

Assim, por seu contato direto com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Primária se apresentam como um recurso importante e estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde coletiva, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

É inegável o avanço observado a partir da implantação deste dispositivo, pois foi detectada baixa no percentual de várias doenças, como: hipertensão e diabetes,

bem como o número de internações por complicações dessas doenças (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

A prática clínica ao portador de transtornos mentais em serviços de ESF tem uma série de especificidades que diferenciam a assistência realizada pelas instituições especializadas, pois na sua formação clássica ela se organiza em torno de fatores fundamentais: porta de entrada (primeiro vínculo com o paciente); longitudinalidade (continuidade do cuidado), abrangência (integralidade da atenção) e coordenação da atenção (hierarquização) (RIBEIRO, 2007).

Segundo Ribeiro (2007) as principais razões que justificam a necessidade dos profissionais em ESF estarem preparados a cuidar do paciente portador de transtornos mentais inclui:

- Ofertar bom cuidado a maioria dos pacientes portador de transtornos mentais frequentes e menos graves, que não tem necessidade de ser atendido pelos especialistas;
- Garantir que os cuidados físicos do portador de transtornos mentais não sejam negligenciados, promovendo a integralidade na assistência, bem como diminuindo a taxa de morbidade e mortalidade por doenças físicas;
- Promover e dá seguimento e acompanhamento de longo prazo aqueles portadores de problemas crônicos, onde é mais frequentemente observados pelos profissionais da ESF;
- Realizar a detecção precoce, cuidado imediato e continuado aos portadores que se restringem em procurar os serviços especializados em saúde mental.

Contudo, a Atenção Básica nem sempre apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. (BRASIL, 2005).

Ministério da Saúde (Brasil, 2005) afirma ao dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também

– e sempre – produção de saúde, assim será sempre de vital importância e necessária a interseção entre saúde mental e Atenção Primária.

A ESF é de vital importância para o tratamento dos pacientes portadores de sofrimento psíquicos, já que esses transtornos são frequentes na população em geral, e bastante identificados entre pacientes de clínica médica, apesar disto pouco existe acerca do tema (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

Segundo Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007) em virtude disto ocorra uma baixa resolubilidade destes casos, tanto na clínica como na própria ESF, pois os mesmos tendem a ser negligenciados pelos profissionais da ESF de uma maneira geral.

2.3 AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL

O trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família se constitui em mais uma alternativa potencializadora para o tratamento ao portador de transtornos mentais, considerando sua característica de atuação com uma das que mais mantêm contato direto com o paciente.

Dentro das atividades desenvolvidas pela ESF e das ações pertinentes ao trabalho, estão inclusas: o reconhecimento da área, mapeamento e levantamento de dados, visitas domiciliares e acompanhamento do paciente, realizando os cuidados imediatos e encaminhamento quando necessário.

Segundo Scoz e Fenilli (2003) ainda dentro do trabalho do enfermeiro estão as seguintes atribuições:

- Identificar o problema que põem em perigo a saúde física do portador de transtorno mental;
- Propor soluções tanto para comunidade, quanto para família, esta proposta tem como intento tornar o familiar um cuidador e conhecedor da condição enferma de seu ente doente;
- Atentar para a sintomatologia, primeiros sinais de reincidência do transtorno, e como proceder em cada caso;

- Administração disciplinada da medicação, enfatizando a importância do comparecimento às consultas, etc.

Quanto à formação dos profissionais de enfermagem, apesar de ter caminhado com as reformas sociais no campo da saúde, foi institucionalizado no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico. O ensino tradicional e tecnicista foi muito presente na formação destes profissionais, o que reflete no descompasso entre o ensino e as práticas, de enfermagem em saúde mental e desses com as políticas de saúde atuais, ocasionando uma assistência falha ao paciente em sofrimento psíquico (LUCCHESI; MUNARI; NEVES, 2008)

Outra dificuldade para o desenvolvimento do trabalho no nível de assistência em saúde mental relaciona-se com a precarização do trabalho observado dentro do SUS, que promove forçosamente tais profissionais a uma sobrecarga de trabalho, tendo em vista os salários aviltantes que lhe são pagos. (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

Outra questão importante é a negação pelo sistema de saúde da problemática de Saúde Mental, pois na própria notificação dos dados, dentro do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, existe a impossibilidade de levantamento do número de famílias com portadores de sofrimento psíquico atendidos nas áreas de cobertura da ESF, por não conter espaço específico para sua notificação nesse sistema (CURY; GALERA, 2006).

É fundamental ainda romper barreiras para que as equipes de CAPS e ESF trabalhem juntas, em sincronia com a atenção psicossocial, sobretudo a equipe de saúde mental contribuir nas capacitações dos profissionais da atenção básica, pois, há necessidade no investimento em profissionais, centrando o desenvolvimento de habilidades para lidar com a afetividade e a subjetividade das pessoas (LUCCHESI; MUNARI; NEVES, 2008)

Segundo, Cury e Galera (2006) outro ponto a acrescentar sobre as dificuldades no atendimento aos portadores de transtornos mentais e sua família, é a característica da equipe, na qual devem ser compostas majoritariamente por profissionais generalistas, sendo a minoria com especialização em saúde da família.

Esse tipo de formação supracitado tem o propósito de facilitar uma visão e atenção mais abrangente possível, voltada para a saúde como um todo e não em especificidades (CURY; GALERA, 2006).

Salienta-se a importância da comunhão de esforços entre PSF e serviços substitutivos, pois acredita-se como Lancetti (BRASIL, 2000, p.46) que a saúde mental é essencial ao PSF porque a doença mental não ocorre separada da saúde física. Outro fato é a singularização do atendimento no PSF; o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparadas (SCÓZ; FENILI, 2003, p.74).

Este trabalho proporciona uma avaliação crítica da relação ESF e reforma do sistema de saúde mental vivido no Brasil na última década, e faz enxergar grandes conquistas e projetar outros desafios, no entanto, nos coloca na perspectiva de crer na integralidade das ações de saúde mental junto aos níveis de atenção primária como uma potente estratégia para lidar com a questão.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O seguinte estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e natureza quanti-qualitativa que busca analisar e expor a importância do trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, acerca do atendimento primário ao paciente, bem como a atuação do enfermeiro e as dificuldades encontradas na execução do trabalho.

A pesquisa exploratória visa proporcionar maior conhecimento acerca do problema abordado, com vistas a torná-lo mais claro e explícito, ou a elaborar hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo estudar as características de um determinado grupo, bem como busca identificar as possíveis relações entre as variáveis e em muitos casos determina a origem destas relações (GIL, 2010).

Andrade (2007) salienta que na pesquisa descritiva “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”. Um dos métodos de coleta de dados mais apropriado e utilizado neste tipo de pesquisa é a aplicação de questionário e observação sistemática.

De acordo com Richardson (2010), a pesquisa quantitativa tem inicialmente, a intenção de garantir a exatidão dos resultados, como também evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando assim, uma margem de segurança quanto às inferências.

O método qualitativo se deu por se tratar de um objeto de pesquisa que trabalha com diferentes opiniões, e procura descrever características ao qual se tornam impossíveis quantificá-los (MINAYO, 2007).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia de Saúde da Família, situados na zona urbana do município de Mossoró-RN.

A coleta de dados foi realizada estrategicamente nas UBS's em pontos geográficos da cidade que estavam localizados nos quatro distritos de saúde de Mossoró-RN para dá expressar uma melhor visualização realidade pesquisada.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para a realização da pesquisa foi constituída por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, e amostra constituída por 10 profissionais enfermeiros de Unidades Básicas da zona urbana do município de Mossoró-RN.

Foram incluídos na participação da pesquisa, os profissionais enfermeiros integrantes da Estratégia de Saúde da Família, que trabalham nas UBS do município de Mossoró-RN e que aceitaram participar.

Assim sendo, se encaixaram no processo de exclusão, todos os profissionais que são inseridos na Estratégia de Saúde da Família, mais que não são enfermeiros, bem como aqueles que são enfermeiros mais que não trabalham nas UBS's escolhidas.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um questionário. Como na execução desse tipo de instrumento o pesquisador pode não se encontrar presente, foi de vital importância que as perguntas fossem elaboradas de forma clara e objetiva, para que assim as questões tivessem sido respondidas de forma transparente não deixando dúvidas em relação ao que estava sendo perguntado. Caso contrário, poderiam aparecer respostas errôneas em relação ao assunto, o que ocasionaria na alteração dos resultados (ANDRADE, 2007).

Este método de coleta de dados tem como principal função obter informações de modo informal sobre determinado fato, situação ou fenômeno. Este instrumento pode ser elaborado através de perguntas abertas ou fechadas, e pode ser enviado através de correio, correio eletrônico, ou aplicado pessoalmente, podendo o pesquisado responder no momento da entrega e devolvê-lo ou até mesmo estipular um prazo determinado para devolução do instrumento (VALENTIM, 2008).

O método de coleta de dados foi formulado na seguinte ordem: Parte I – Dados pessoais e características profissionais que incluem: idade, sexo, formação, tempo de formação e de serviço; Parte II – compreende questões subjetivas as quais atendem os objetivos da pesquisa que é justamente investigar os fatores que influenciam a efetivação, acerca da abordagem integral no atendimento primário aos portadores de transtornos mentais (APÊNDICE B).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de enfermagem da FACENE, Mossoró-RN, à Gerência Executiva de Saúde, foi realizada a coleta de dados, através da aplicação de um questionário, estruturado com perguntas abertas e fechadas.

Antes da aplicação do instrumento, os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, bem como em relação à garantia do sigilo das informações e na oportunidade, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

A coleta dos dados foi realizada no mês de Abril/2012. O questionário foi realizado com os participantes da pesquisa e foi realizada uma troca de informações durante a aplicação do questionário, sendo assim todas as 10 aplicações com a pesquisadora participante presente e entregue logo após o término do mesmo, para posterior análise e interpretação.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados a partir dos questionários foram analisados utilizando-se a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2007). Os dados quantitativos foram analisados através de porcentagem, usando o programa Excel, onde os dados foram tabulados e posteriormente compilados por meio de gráficos.

Já para os dados qualitativos foi utilizado o método da análise temática de conteúdo que se constitui das seguintes etapas: categorização, inferência, descrição e interpretação, no qual não se segue necessariamente essa ordem. Em geral a

ordem utilizada assim se expressa: Divisão do material a ser estudado; Distribuição deste material em categorias; Descrição do resultado da categorização, o qual procura descrever os achados descobertos na análise; Inferência dos resultados; e por último, a interpretação dos resultados, a qual será baseada na fundamentação teórica adotada (MINAYO, 2007).

Para se obter uma categorização deve-se homogeneizar as categorias ou classes, criando-as através dos mesmos princípios, e por meio dos mesmos critérios realizar a análise, sem que haja desigualdades entre elas (MINAYO, 2007).

O método de inferência é realizado quando se faz uma dedução por maneira lógica do material analisado. É importante para isto, partir de fatos ou princípios de outros estudos acerca da temática para servir de base na conclusão do raciocínio (MINAYO, 2007).

A interpretação caracteriza-se pela análise de dados, na qual se trabalha baseado nas inferências, e objetiva debater os resultados encontrados, numa visão mais ampliada, para produzir um conhecimento numa área de atuação ou disciplina (MINAYO, 2007).

3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto atende aos requisitos legais da Resolução 196/96, a qual trata da pesquisa com seres humanos, e assegura dentre outros itens à análise do risco a pesquisa; o consentimento livre esclarecido; a vulnerabilidade e a incapacidade da classe a ser pesquisada, tendo em vista que os mesmos devem está sob plena capacidade de esclarecimento (BRASIL, 1996).

O projeto também atende a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no qual o profissional tem acesso às informações legais, no tocante de suas ações perante sua conduta profissional, bem como seus direitos e deveres (BRASIL, 2007).

Atendendo aos aspectos legais de proteção ao seres humanos na execução da pesquisa, e cumprindo as questões éticas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, e após a análise e aprovação pelo mesmo, foi executada a coleta de dados.

Os profissionais concordantes com a pesquisa assinaram um Termo de Livre Consentimento, e baseando-se no direito do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), tiveram a total autonomia quanto à recusa na participação da pesquisa, bem como a uma desistência futura.

3.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas provenientes da elaboração do projeto de pesquisa foi de total responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador, e banca examinadora.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a realização da análise sobre o tema estudado, de acordo a análise temática proposta por Minayo (2007), onde trabalha-se através da categorização, dessa forma foi necessário o emprego das seguintes categorias: Como está sendo desenvolvida concretamente a Saúde Mental na Estratégia de Saúde na Família; as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para implementação da Saúde Mental na Estratégia de Saúde na Família e os instrumentos que podem facilitar a concretização da assistência integral em saúde mental.

Dessa maneira, pretende-se conhecer a concepção dos entrevistados sobre pontos relevantes que abordam a Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família para que pudéssemos obter um maior conhecimento sobre o assunto em questão.

Na intenção de garantir o anonimato do profissional na pesquisa, foram utilizados os seguintes cognomes: universalidade; equidade; integralidade; resolubilidade e liderança.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os aspectos referentes à identificação pessoal e profissional aplicados aos sujeitos da pesquisa durante a coleta de dados quantificáveis são demonstrados por meio de gráficos aos quais será possível verificar os seguintes aspectos: sexo, idade, formação, tempo de formação, tempo de serviço.

Os dados coletados foram fornecidos por dez profissionais enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família da zona urbana da cidade de Mossoró/RN e interpretados da seguinte maneira:

GRÁFICO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO SEXO

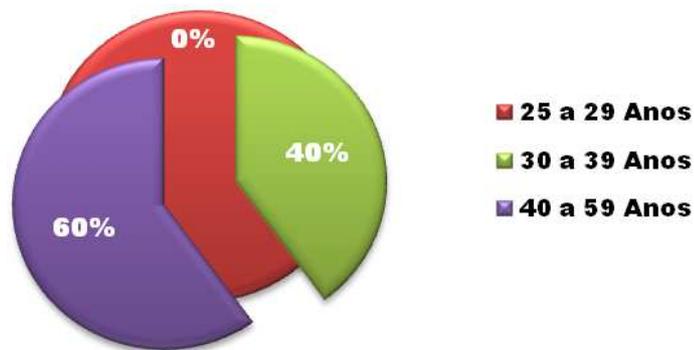


FONTE: DADOS PESQUISA 2012

De acordo com o gráfico I que se refere ao gênero, podemos observar que há uma prevalência de profissionais do sexo feminino nas UBS selecionadas, ao verificarmos que o número de mulheres chega a representar 90% da amostra, enquanto que o sexo masculino representa apenas 10%. Esse fato ocorre devido a enfermagem ser composta historicamente por uma quantidade maior de indivíduos do sexo feminino.

GRÁFICO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE DOS PROFISSIONAIS

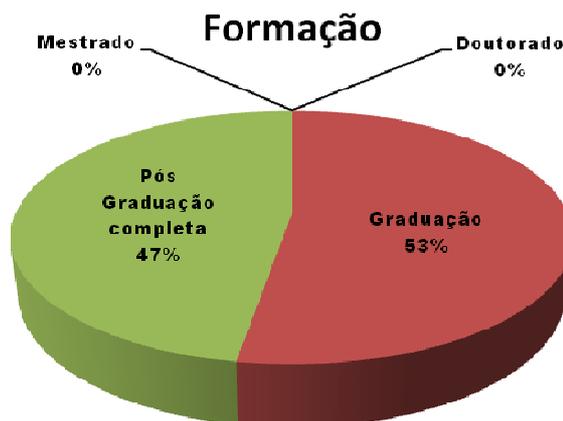
Idade



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2012.

Em relação a idade dos enfermeiros foi comprovado que todos tem uma idade 40 a 59 anos, demonstrando assim a experiência quanto ao serviços públicos oferecidos a comunidade.

GRÁFICO 3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A FORMAÇÃO



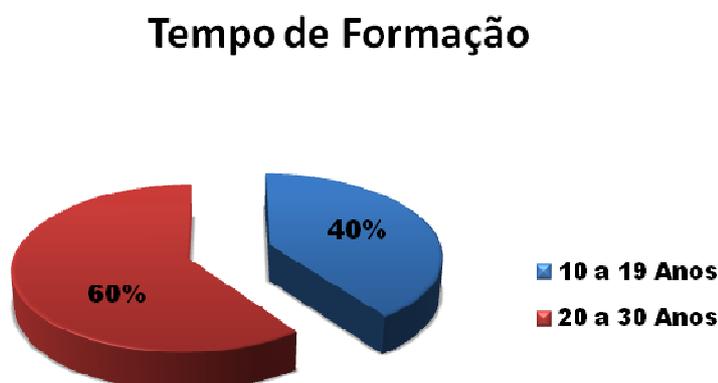
FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2012.

No que se refere aos profissionais enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, os dados nos mostram que 53% da equipe tem somente o curso de graduação em enfermagem, o que é um agravante, pois a maioria dos enfermeiros

são generalistas, sem formação específica e especialização na área de atuação e promoção a saúde da família. Já 47% possui algum tipo de especialização, em variadas áreas, não necessariamente em Saúde da Família.

E por fim a pesquisa nos mostra que nenhum dos dez enfermeiros pesquisados possui outro grau de pós-graduação que seja a título de mestrado e doutorado.

GRÁFICO 4 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO



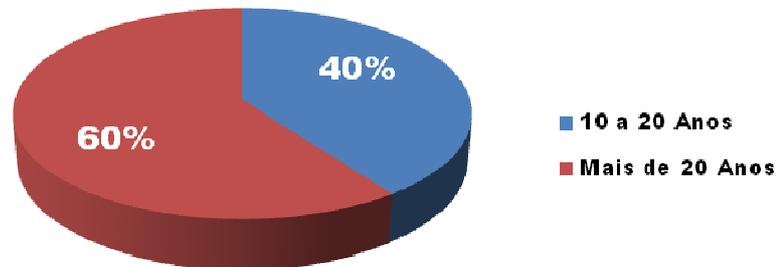
FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2012

Quanto ao tempo de graduação, constatou-se que 60% da amostra possuem de 20 a 30 anos de formação, e 40% de 10 a 19 anos de formação, ou seja, a maior parcela, concluiu a graduação há mais de 20 anos.

De acordo com Martins et al, (2006), o tempo de formação é um fator bem relevante, pois pode ser um indicativo de experiências no mercado de trabalho e reflete relativa maturidade.

GRÁFICO 5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO

Tempo de Serviço



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2012

Quanto ao tempo de serviço em sua área de atuação, uma grande maioria da população entrevistada relatou possuir mais de 20 anos de serviço, representando 60% do universo pesquisado. Já uma menor parcela, 40%, tem de 10 a 20 anos de serviço.

Ao analisarmos o gráfico, percebemos que todos os profissionais possuem mais de 10 anos de serviço, o que nos mostra que os mesmos já possuem uma experiência no trabalho, uma vez que já estão a um tempo significativo trabalhando em sua área de atuação.

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.2.1 Atenção à Saúde Mental no contexto da Estratégia Saúde da Família

Na atenção básica existe uma alta taxa de incidência e prevalência de transtornos mentais, o que torna a saúde mental uma área importante no cenário atual da saúde, havendo assim uma maior necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais da saúde na assistência a esses usuários (RIBEIRO, 2010).

As principais dificuldades encontradas para se realizar uma assistência integral em qualquer área, e principalmente na área de saúde mental, são tanto a falta de capacitação como também a inexistência de um sistema público de saúde

que seja eficaz e que priorize a inclusão desses usuários.

“Quando temos um paciente assim referenciamos ao CAPS ou realizamos o controle através de medicação” (Universalidade).

Na perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção primária. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção básica, "de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas, no entanto, ainda são relativamente escassas" (SILVEIRA; VIEIRA,2009).

Nesta perspectiva Equidade afirma que:

“Atualmente os usuários são atendidos pelo médico generalista, que referencia ao psiquiatra quando necessário. Geralmente o atendimento mensal é feito apenas para repassar receita de medicamento controlado.”

Esse cenário mostra o quanto ainda é necessário avançar para que se tenha uma atenção integral em saúde mental, tendo em vista que as ações ainda apresentam um cunho medicalizante, pautadas em ações pontuais e biologicistas voltadas apenas para a doença, sem ver o usuário de forma integral.

O repertório de recursos que o profissional conta para atender a pessoa em sofrimento psíquico é constituído de saberes/fazeres pertinentes ao que ele vivenciou até o momento, tanto na sua formação, quanto na vida social. Muitas vezes, seus registros, especificamente relacionados a formação, são a partir de referenciais construídos no contexto do modelo biomédico que perpetua a lógica de asilamento e distância desses sujeitos do nível de atenção primária à saúde (LUCCHESI ;MUNARI ;NEVES,2008)

Neste sentido, percebe-se que ainda realiza-se uma assistência paliativa no que se refere à saúde mental na atenção primária, e quando necessário há o encaminhamento ao centro especializado, ocorre quebra na assistência a esse usuário, tendo em vista que não ocorre a referência e a contra referência,

negligenciando assim a integralidade das ações em saúde como frisa os princípios do SUS.

Diversas pesquisas realizadas no decorrer dos anos mostram que 85% dos problemas de saúde mental da população podem ser resolvidos em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) que trabalhe de forma organizada e resolutiva, ficando o restante, em parte, necessitando de atendimento ambulatorial especializado e uma pequena parcela necessitando de um atendimento hospitalar (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

“Os pacientes de saúde mental da UBS, em sua grande maioria, fazem apenas pedido das receitas controladas ao serviço social, e quando necessitam de consultas médicas os mesmos são encaminhados aos serviços de referência ou CAPS” (Integralidade).

Dessa forma, é possível perceber que a assistência em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família no município de Mossoró é bastante limitada, não somente no quesito saúde mental, tornando a assistência precarizada quanto às enfermidades que não são tão comuns, e a saúde mental se encaixa nesse contexto, no entanto, o que mais prejudica é o desconhecimento do processo de trabalho e a falta de sistematização, prevalecendo ainda o antigo sistema hospitalocêntrico.

É preciso rever essa ótica de organização da assistência, pois a Estratégia Saúde da família é um potencial articulador, juntamente com os Centro de Apoio Psicossociais (CAPS), e as residências terapêuticas para a redução dos leitos psiquiátricos, trabalhando conjuntamente.

“Na verdade é feito o cadastro de todos os usuários de ansiolíticos ou psicotrópicos e avaliados pelo psiquiatra a cada 3 meses” (Resolutividade).

Como se pode perceber, atualmente na atenção primária a assistência em Saúde Mental limita-se ao cadastro dos pacientes em sofrimento psíquicos nas

UBS's, avaliação dos doentes psíquicos pelo médico generalista, controle de medicação e encaminhamento aos centros de referência (CAPS) quando necessário, o que torna a assistência em saúde mental ineficaz.

Liderança corrobora com esse entendimento ao afirmar que:

“A assistência em saúde mental a nível básico é meramente dispersação de medicamentos.”

Segundo Ribeiro (2010), sempre que há uma demanda de cuidado voltado ao uso de medicações psicoativas é de responsabilidade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, estabelecer uma correta postura técnica e semiológica, como: postura de acolhimento, escuta e motivação de pacientes e familiares, sempre avaliando o padrão de uso dos mesmos, rotineira avaliação clínica e laboratorial e iniciar abordagem farmacológica na hipótese de dependência ou estado de abstinência.

Para isso faz-se necessário que haja uma mudança na forma como a assistência esta sendo realizada, deixando de lado esse modelo puramente biologicista e curativista, buscando modelos mais eficazes.

Como parte da rede de atenção psicossocial, os centros de convivência e cultura são os lugares por excelência onde esta intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e cultura se realiza de forma mais visível e constante. Mas outros existem. As iniciativas de geração de renda e trabalho frequentemente se constituem em torno de manifestações culturais, como as artes plásticas, música, teatro (BRASIL, 2007, pag.50).

4.2.2 Principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para implementação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

Em relação às maiores dificuldades encontradas é possível perceber que existem inúmeros entraves para a realização de uma assistência integral a saúde mental, onde a escassez de recursos humanos e materiais, falta de uma maior organização do trabalho na assistência em saúde mental, a sobrecarga de trabalho,

associados à falta de políticas públicas voltadas a essa clientela na atenção primária, tornam o trabalho na ESF ainda mais difícil.

Universalidade é bem enfático ao afirmar que:

“Desentendimento do processo de trabalho do programa de Saúde Mental pelos médicos do PSF e distribuição de receitas de controle especial por médicos não especialistas.”

Como podemos analisar o estigma em torno do assunto, o descumprimento da filosofia de trabalho da ESF, a falta de políticas de capacitação para esses profissionais, como também a realização de uma assistência medicalizante são fatores bastante agravantes.

“Uma grande dificuldade é a questão da contra referência, pois desconhecemos o diagnóstico de todos os pacientes” (Equidade).

Outro entrave bastante relevante é o processo de referência e contra referência feito de uma forma inadequada, pois após serem encaminhados ao centro de referencia não há o retorno do diagnóstico a UBS, e a avaliação resume-se somente no controle das medicações psicotrópicas. Esse quesito é um fator bastante relevante e dificultador no que se diz respeito a implementação de uma assistência integral.

“Apesar dos usuários serem encaminhados aos centros de referência para avaliação do psiquiatra não há um bom retorno dessa referência, ou mudanças nas condutas adotadas” (Resolubilidade).

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental para que os conflitos possam ser convergidos em crescimento do grupo, ou seja, um escutando o outro e aprendendo entre si, permitindo uma prática democrática para que cada

indivíduo exerça uma prática individual, evitando assim a rotulação e deterioração das relações interpessoais. (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Já Integralidade menciona um ponto diferente, que também apresenta grande relevância nesse aspecto:

“A maior dificuldade é em relação ao número de atividades e atendimentos que o enfermeiro desenvolve na ESF, e a ausência de planejamento em equipe para trabalhar com o paciente de saúde mental.”

Um ponto importante que deve ser levado em consideração é o fato de os profissionais de enfermagem possuírem uma grande demanda de procedimentos a serem realizados, onde muitas vezes não ocorre um planejamento adequado com a equipe, este fato se interfere de forma significativa na eficácia das ações em saúde (CURY; GALERA, 2006).

Essa realidade faz parte das ações em saúde mental, onde geralmente a equipe não possui um planejamento voltado para essa clientela, tendo em vista que não existe políticas públicas voltados para esses usuários na atenção primária. Esse cenário leva a realização de ações pontuais, pautadas no modelo biologicista.

No âmbito das dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O que mais foi citado numa forma geral pelos enfermeiros é a falha no retorno do diagnóstico quando o paciente vai ao sistema de referência, ou seja, o paciente portador de transtorno mental está sendo acompanhado pela UBS, e quando é encaminhado para a avaliação, o profissional especializado não retorna o resultado a UBS, dificultando dessa forma, o trabalho da equipe de ESF e quando há o retorno o paciente fica, sem diagnóstico preciso, somente com a receita para uso da mesma medicação.

“O enfermeiro da ESF tem inúmeras dificuldades, cito: a falta de educação continuada permanente para melhor sensibilizar o profissional, outra questão é que o enfermeiro é que assume todos os programas” (Liderança).

Para um bom funcionamento do processo de referência e contra referência, em todo processo de nível de atenção, seja ele público ou privado, é necessário que haja uma comunicação de qualidade e confiança entre os profissionais de nível primário e secundário (RIBEIRO, 2010).

Como deu para perceber, a falta de sistematização, de educação continuada, estigma sobre o assunto, o desconhecimento, falta de capacitação e a dificuldade do trabalho em equipe são fatores que param o processo e dificulta a evolução em saúde mental no geral, e principalmente no papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

4.2.3 Instrumentos que podem facilitar a concretização da assistência integral em Saúde Mental

Para prestar uma assistência integral aos usuários com transtornos mentais é necessário que os profissionais da ESF lancem mão de inúmeras ferramentas para consolidar essa assistência, onde o vínculo com a população, capacitação profissional direcionada para a área de saúde mental, recursos materiais e melhores condições de trabalho são instrumentos indispensáveis.

“Capacitação dos profissionais da ESF para melhor atender estes pacientes, melhores condições de trabalho e acima de recursos materiais (Universalidade).”

Para que haja a capacitação em saúde mental para rede básica de saúde, é necessário normalizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todos os profissionais das equipes de ESF, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde integral e a incorporação destas equipes a rede de saúde

mental.

Para isso é fundamental que ocorra esta capacitação em parceria com as universidades e órgãos do SUS, contemplando assim aspectos éticos relativos a promoção a saúde, assistência, reabilitação e reinserção social, abordagem da família, como também aqueles relativos a humanização das práticas, relacionadas à mudança de concepção dos temas da comunidade e sofrimento psíquico (CURY; GALERA, 2006)

“É necessário que haja programas de saúde mental para equipe de saúde da família, melhor sistema de referência e contra referência, educação continuada para os profissionais (Equidade).”

É interessante ressaltar a importância do trabalho em equipe como facilitador no processo de trabalho em saúde mental, e que realmente se fosse colocado em prática iria facilitar bastante o processo de evolução na assistência aos portadores de transtornos psíquicos.

Cada profissional possui suas atribuições técnicas ou núcleo de competências, que são as responsabilidades e saberes específicos de cada profissional. Todavia, vale ressaltar que a execução de suas funções individualmente não é suficiente para a realização de um trabalho em saúde compartilhado, humanizado e com compromisso profissional (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

“A enfermagem deveria trabalhar conjuntamente com o ACS, a família e a UBS, como forma de esclarecimento a respeito das patologias mentais, e a maneira correta de abordá-las, trabalhando a prevenção de possíveis agravos” (Integralidade).

Muito importante também compreender a importância da interação não somente da equipe multiprofissional, mas também da equipe de profissionais juntamente com os familiares, pois a ajuda e o acompanhamento do ACS rotineiramente na comunidade auxiliando e levando informações pertinentes do assunto aos familiares seria um forte fator facilitador do processo de assistência ao paciente.

Á inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a compreensão de que elas são indissociáveis da atenção primária em saúde, a capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família para o manejo e tratamento dos transtornos comportamentais e a inclusão e o acompanhamento das ações de saúde mental na rede básica já são realidade em alguns municípios (REINALDO, 2008).

“A concretização começará a partir da sensibilização dos gestores, implementar a educação permanente em saúde para todos os membros da ESF” (Liderança).

Francischine; Moura e Chinellato (2008) apud Fortuna (2005) afirmam que trabalhar em equipe não significa ser igual e possuir opiniões idênticas, mas sim trabalhar com “diferenças e conflitos”. Cada profissional possui um tipo de comportamento que pode ou não afetar no desenvolvimento de seu trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em Saúde Mental é um dos maiores desafios não só da Estratégia Saúde da Família, como também do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo o primeiro a capacidade de agregar várias percepções sobre a ótica de um só problema, no entanto, esse sistema acaba sendo falho no quesito integralidade em alguns serviços de saúde e a saúde mental está inserido nesse contexto.

Tal ação proporciona aos profissionais uma dificuldade na sistematização da assistência em saúde mental. Algumas mudanças seriam de vital importância para a melhora no processo de trabalho como: a diminuição da sobrecarga de trabalho, a somatória de saberes, agregação de valores técnicos e científicos, educação continuada, e principalmente o direcionamento de uma visão integral ao paciente, o qual seria o mais beneficiado. Porém há fatores dificultadores nesse contexto de mudanças, que dificultam bastante a integralidade das ações em saúde mental.

Nesse aspecto, podemos citar, como fatores bastante relevantes, a falta de educação continuada sobre a temática e a falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar e os níveis de atenção em saúde (sistema de referência e contra

referencia), pois o trabalho em equipe é de considerável relevância para a evolução da assistência ao portador de sofrimentos psíquico.

Outro fator importante é o fato dos profissionais que compõem a equipe trabalharem de forma desarticulada, uns por desconhecimento do sistema em saúde mental e outros por não ter suporte necessário para por em prática os projetos em torno do assunto.

Ainda há falta de discussão direcionada a resolutividade dos problemas em saúde mental, fazendo com que cada vez mais os usuários busquem as Unidades Básicas somente como refúgio na tentativa de resolver os seus impasses, como visita mensal para recebimento de receituário especial, sem um diagnóstico preciso e sem evolução na melhoria do quadro, sobrecarregando todos os profissionais ali atuantes.

Diante do exposto, conclui-se que o trabalho em saúde mental ainda se configura como um desafio para o sistema de saúde público, bem como para os profissionais da atenção básica, visto que a maioria deles demonstra grande dificuldade em atuar com o paciente de saúde mental, o que nos faz pensar que essas dificuldades podem advir do tipo de formação acadêmica, educação, bem como também interesse em torno do assunto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P; Mishima S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.

ANDRADE, M. M. **Introdução á metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.1, p.41-47, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção**;MS 2003/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**;MS,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**. 1996. Disponível em: <<http://ppgl.unb.br/site/images/arquivos/Resolucao196-96.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > Acesso em: 11 nov. 2011.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN N°311/2007**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

CURY, C.F.M..R; GALERA, S.A.F. O PSF como ideal para a atenção as famílias de doentes mentais. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.

FRANCISCHINI, A.C; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. **A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família**. Investigaçãov. 8, n. 1-3, p. 25–32. Jan. /Dez. 2008.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competências profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.03, p. 472-478, jul./set. 2006.

MINAYO, M. C.D. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2007.

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**, Rio de Janeiro, p.2375-2384, out, 2007.

OLIVEIRA, A.G.B; ATAÍDE, I.F.C; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: O trabalho da Enfermeira construindo caminhos junto às Equipes de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v.1, n.4, p.618-624, out/dez .2004.

RAUPP, F.M; BEUREN, I.M. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M.(Org.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

RIBEIRO, S.M. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo:Atlas, 2010.

Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências:MS,2001.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lang=p > Acesso em:13 Jun.2012.

Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lang=pt Acesso em: 13 Jun. 2012.

Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100027&lang=pt ; Acesso em 13 Jun. 2012 às 00:30h.

SCOZ, T.M.X; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção á saúde mental no programa de Saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 71 – 77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 05 Mar. 2012.

VALENTIM. M. **Métodos de Pesquisa**: Técnica de Coleta de Dados. Disponível em: <http://www.valentim.pro.br/Slides/Metodologia/Tecnicas_Coleta_Dados.ppt>. Acesso em: 12 nov. 2010.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, p.373-379, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Talícia Samara Bezerra de Lima, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN – FACENE venho solicitar sua autorização para participação na pesquisa intitulada “Fatores que influenciam a efetivação da atenção integral em saúde mental na Estratégia de Saúde na Família”.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os fatores que dificultam a implementação da atenção integral em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Mossoró-RN e, como objetivos específicos: conhecer na opinião dos enfermeiros como a atenção a saúde mental está sendo desenvolvida nas equipes de saúde da família; analisar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro da ESF, para a sistematização da assistência em saúde mental; descrever na opinião dos enfermeiros a dinâmica assistencial da equipe de saúde da família nas situações de sofrimento mental; e conhecer na opinião dos enfermeiros

os instrumentos que dificultam a concretização da assistência integral em saúde mental.

Será realizada a aplicação de um questionário, abrangendo questões sobre a Estratégia de Saúde da família e a assistência em saúde mental, que incluem a sua importância, e fatores que os dificultam a integralidade da assistência. O interesse relativo a esta temática deu-se pela necessidade de ampliação dos conhecimentos acerca do assunto, do nível de complexidade, e das dificuldades encontradas em torno da assistência. Esclareço que as informações coletadas no questionário serão utilizadas somente para os objetivos da pesquisa.

O senhor(a) têm liberdade de desistir, a qualquer momento, da participação na pesquisa a ser realizada. As informações ficarão em segredo e seu anonimato, caso não queira a sua divulgação, será preservado. Em nenhum momento, os senhores (as) terão prejuízo financeiro e não receberão dinheiro para participar de tal estudo, será uma participação voluntária.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Eu, _____, portador do RG: _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE². Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricado a primeira página e assinado a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Participante da Pesquisa

Mossoró, ____/____/2012.

Lucídio Cleberson de Oliveira
Pesquisador responsável

Endereço da pesquisadora responsável: Av. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel – Mossoró– RN – Fone: (84) 3312-0143.

Email:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

PARTE I: CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS

1. SEXO:

- a. Feminino () b. Masculino ()

2. IDADE:

- a. 25 a 29 ()
b. 30 a 39 ()
c. 40 a 50 ()

3. CARGO:

- a. Enfermeiro ()

4. FORMAÇÃO:

- a. Superior Completo ()
b. Pós Graduação completo () Incompleto ()
c. Mestrado completo () Incompleto ()

