

Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?*

MENTAL HEALTH NURSING AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY: HOW THE NURSE IS WORKING?

SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: ¿CÓMO ESTÁN ACTUANDO LOS ENFERMEROS?

Laiane Medeiros Ribeiro¹, Soraya Maria de Medeiros², Jonas Sâmí de Albuquerque³, Sandra Michelle Bessa de Andrade Fernandes⁴

RESUMO

O elo entre as práticas de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família está alicerçado no vínculo, na corresponsabilidade, no envolvimento e conhecimento do grupo familiar. Estudo do tipo analítico, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de história oral temática. Foi realizado com dez enfermeiros pertencentes a três unidades de saúde da família do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Natal/RN. Seu objetivo foi descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família e identificar se os profissionais encontram-se preparados para atender a essa clientela específica. De acordo com as falas pôde-se constatar que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica, e que a falta de capacitação das enfermeiras emerge como um desafio a ser superado.

DESCRITORES

Saúde mental.
Saúde da família.
Enfermagem em saúde pública.
Enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

The link between the mental health practices and the Family Health Strategy is based on attachment, co-responsibility, in involvement and knowledge of the family group. This is an analytical study with a qualitative approach, using the oral history technique. The study was conducted with ten nurses belonging to three family health units of the West Health District of the city of Natal / RN. The study objective was to describe the health care activities for patients with mental disorders in the Family Health Strategy and identify whether the health professionals are prepared to deal with this particular clientele. According to subjects' reports, there are no activities for mental disorder patients in the primary health care network and the lack of training for nurses is as a challenge to be overcome.

KEY WORDS

Health mental.
Family health.
Community health nursing.
Public health nursing.

RESUMEN

La relación entre las prácticas de salud mental y la Estrategia de Salud de la Familia tiene su base en los vínculos, la corresponsabilidad, participación y conocimiento del grupo familiar. Se trata de un estudio del tipo analítico, con un enfoque cualitativo, utilizándose la técnica de la historia oral temática. Se llevó a cabo con diez enfermeros pertenecientes a tres unidades de salud de la familia del distrito oeste de la ciudad de Natal / RN. El objetivo fue describir las actividades encaminadas a la atención del afectado por trastorno mental en la Estrategia de Salud de la Familia y determinar si los profesionales están capacitados para brindar atención a ese grupo específico. El discurso de los entrevistados permite constatar que no existen actividades para el afectado por trastorno mental en la red básica y que la falta de capacitación de los enfermeros emerge como un desafío a superar.

DESCRIPTORES

Salud mental.
Salud de la familia.
Enfermería en salud pública.
Enfermería en salud comunitaria.

* Extraído da dissertação "Saúde mental e enfermagem: em busca da integralidade na Estratégia Saúde da Família", Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Natal, RN, Brasil. laiane@usp.br ² Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ribeirão Preto, SP, Brasil. sorayamaria@digicom.br ³ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista do CNPq. Natal, RN, Brasil. ligeirinhojonas@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal, RN, Brasil. michellebessa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A trajetória do sistema de saúde no Brasil tem como marco de mudança a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurado pela Carta Constitucional de 1988. Este sistema traz uma concepção ampliada de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual⁽¹⁾. O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam⁽¹⁾.

Dentre os princípios que norteiam o SUS destacam-se: o atendimento gratuito a todos, sendo o indivíduo e a comunidade, na qual está inserido, assistidos de forma integral, garantindo-lhes o respeito e a dignidade humana. A execução das ações deve ser descentralizada, delegando a responsabilidade para os municípios, os estados e a união, de acordo com o alcance do problema⁽²⁾.

O Ministério da Saúde na tentativa de operacionalizar um modelo tecno-assistencial, pautado nos princípios do SUS propõe, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorganização dos serviços, com a finalidade de reorientar os cuidados em saúde para uma prática focalizada na família, entendida no seu contexto social⁽³⁾. A articulação da atenção básica a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto equipamentos importantes para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica⁽⁴⁾.

A saúde mental deve ser considerada um eixo da ESF. Na ESF existe uma proximidade entre os pacientes e os profissionais, ambos se conhecem pelo nome, o que facilita a existência de um vínculo. Nesse modelo de atenção os pacientes não são mais tratados como números de prontuários, eles passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecido, por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental⁽⁵⁾.

Quando os autores⁽⁵⁾ afirmam que a ESF pode ser considerada um Programa de Saúde Mental, pautam-se no fato da existência de tratamento contínuo, que permite aos pacientes a resignificação de sintomas e sofrimentos vividos, conta com a prática do acolhimento, usual no campo da saúde mental, além do desenvolvimento de atividades coletivas em geral, como caminhadas, palestras, atividades em grupo, entre outras.

O elo entre as práticas de saúde mental e a ESF está alicerçado no vínculo, na co-responsabilidade, no envolvimento e conhecimento do grupo familiar. É primordial que a ESF também pratique a metodologia da desconstrução manicomial, é imperativo a transposição de um modelo hospitalocêntrico no qual os usuários eram vítimas de contensões e maus tratos para um modelo de base comunitária e territorial, no qual os usuários possam não mais serem contidos, mas receberem continência na forma de acolhimento, escuta e tratamento.

Em um estudo realizado em Salvador com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental, como planejam e desenvolvem suas intervenções no PSF, foi constatado que para alguns profissionais é preciso muito trabalho no sentido de *criar o vínculo* da comunidade com a unidade de saúde, ou ainda, incrementar a participação da mesma na resolução dos problemas no nível de saúde da família⁽⁶⁾.

O vínculo pode alicerçar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser sincera e de responsabilidade. Sendo assim, o estabelecimento de vínculos vai facilitar a parceria, pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais⁽⁷⁾.

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

Buscou-se com este estudo responder a alguns questionamentos básicos, como: será que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estão preparados para atender a esses usuários de acordo com os preceitos estabelecidos pelo SUS? O atendimento ao portador de Transtorno Mental está sendo realizado de forma contínua, programada e com o devido acompanhamento?

OBJETIVO

Descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família e identificar se os profissionais estão preparados para atender a essa clientela específica.

MÉTODO

Optou-se por utilizar a metodologia qualitativa visto que o objetivo é o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social⁽⁸⁾.

A pesquisa foi desenvolvida nos bairros de Cidade Nova, Felipe Camarão Mista e Cidade da Esperança pertencentes ao Distrito Sanitário Oeste. Estes bairros estão localizados na periferia de Natal e tem como características o alto consumo de drogas lícitas e ilícitas. O período de realização do estudo correspondeu ao ano de 2007.

Antes da entrada em campo para a coleta de informações ocorreu uma visita às Unidades de Saúde da Família, na qual foram explicados para os profissionais os objetivos da pesquisa, que a mesma estava regida pelos preceitos da Resolução 196/96. Em seguida, solicitou-se a autorização aos depoentes, explicitando o sigilo e anonimato na pesquisa. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obtendo aprovação na reunião do dia 02 de junho de 2006, com o protocolo nº 031\06⁽⁹⁾.

Participaram da pesquisa dez enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador de enfermagem há pelo menos 01 ano; aceitar participar do estudo voluntariamente e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Utilizou-se o critério de repetição e saturação das respostas como indicativo do momento de encerrar as entrevistas. Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, optou-se por utilizar nomes simbólicos de flores, tais como: *Lírio, Gérbera, Copo de Leite, Cravo, Heliconia, Tulipa, Lisianto, Girassol, Celósia, Estrelícia*.

Neste estudo, utilizou-se como técnica de coleta de informações a história oral temática para uma melhor compreensão da pesquisa. Essa técnica, consiste em uma forma de coleta de informações que se baseia no depoimento oral, gravado, do entrevistado. Trata-se de um recurso moderno para estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos⁽¹⁰⁾. *É uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva*. A história oral temática é a que mais se aproxima das soluções de apresentação de trabalhos científicos em diversas áreas do conhecimento acadêmico. É quase sempre usada como técnica, pois articula diálogos com outros documentos⁽¹⁰⁾.

Posteriormente, partindo-se do referencial teórico, iniciou-se uma pré-análise, fazendo-se uma leitura fluente das entrevistas, buscando uma aquisição das idéias centrais das falas através de um contato exaustivo com o material. Em seguida, foi constituído o Corpus e as entrevistas foram agrupadas conforme as características comuns que apresentavam. O Corpus foi submetido a um recorte do texto em unidades de registro, formadas por frase, palavra, trecho ou tema, o qual foi definido como *Corpus convergente* e *Corpus divergente* como forma de separar as idéias centrais do material transcrito⁽⁸⁾.

O instrumento utilizado para a coleta de informações foi a entrevista individual guiada por um roteiro semi-estruturado. Ressalta-se que foi pedido o consentimento para a gravação das entrevistas em fita K7.

Realizou-se, posteriormente, a agregação das informações, definindo-se três categorias: Consulta médica e transcrição de receitas; Não há acompanhamento e qualificação profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Consulta médica e transcrição de receitas

Apesar do esforço contínuo em integrar socialmente o indivíduo com transtorno mental, existe uma tendência terapêutica nas instituições psiquiátricas que privilegia a medicação do doente e da doença, procurando aliviar os sintomas⁽¹¹⁾.

As enfermeiras quando questionadas sobre quais eram os serviços oferecidos para os portadores de transtorno mental, falaram principalmente da transcrição de medicação, ou seja, a repetição de receitas sem a devida avaliação clínica, como se constata nas falas a seguir.

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

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

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

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

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

No Estado de São Paulo, foi realizado um estudo em dois municípios, tendo como objetivo analisar a prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos através da análise de receitas. Os resultados confirmam a ocorrência do uso irracional desses medicamentos. Foram processadas 108.215 prescrições, sendo 76.954 de benzodiazepínicos. Outro dado relevante refere-se à destinação dessas prescrições, constando-se que as mulheres receberam mais prescrições em comparação com os homens⁽¹²⁾. Em um outro estudo realizado na zona norte de Natal/RN em uma Unidade de Saúde da Família sobre uso de psicotrópicos, dos cinquenta e nove entrevistados, cinquenta faziam uso de psicotrópicos, dos quais trinta e um eram mulheres e dezenove homens. Apenas nove não faziam uso⁽¹³⁾.

Um estudo realizado em Natal, que teve como objetivo investigar o significado e a função atribuídos ao uso de medicamento ansiolíticos, para mulheres usuárias do serviço de atenção básica à saúde e médicos clínicos gerais, constatou que há um consumo excessivo de psicotrópicos, do tipo ansiolítico, por mulheres na rede básica de saúde, e o abuso de prescrição desses medicamentos pelos profissionais⁽¹⁴⁾.

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

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

É importante ressaltar que o ingresso para o uso de benzodiazepínico pode ser marcado por um acontecimento na vida, porém esse pode perder significância devido ao uso prolongado do medicamento⁽¹⁵⁾.

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

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

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

A medicalização transforma culturalmente as populações, com uma diminuição da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso remete a um consumo abusivo e contra-produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação⁽¹⁶⁾. O uso de benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêem dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer das questões que afligem a vida desses usuários⁽¹⁵⁾.

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

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

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

Tendo em vista que a atenção básica constitui-se em um plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial, o enfermeiro da ESF deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, reduzindo os danos aos envolvidos e uma possível hospitalização do paciente. O enfermeiro também deve ser capacitado a conduzir a comunidade e a família visando à inclusão do paciente com transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial⁽¹³⁾.

Não há acompanhamento...

O cuidado diário que recai sobre a família com relação ao indivíduo com transtorno mental é compreendido como uma sobrecarga⁽⁴⁾, como se vê nas falas:

A forma como a família tenta se livrar, jogar... Isso é histórico, jogar no manicômio, tirar de dentro [de casa]. Porque aquilo ali é uma desestruturação familiar que [...]. Eu acho que é uma coisa muito sofrida porque aqui no Brasil não se respeita, não existe valorização de uma reinserção dessa pessoa na sociedade, na comunidade. Então [...] Ele vai lá,

sai da crise e volta para a mesma situação e não tem um acompanhamento, não tem uma instituição que apóie que faça a reinserção social dela, que ela passe a ter alguma atividade, a trabalhar ou a estudar, seja lá que for (Tulipa).

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

Na prática profissional, percebe-se que as famílias demonstram dificuldades em lidar com o doente mental. Outro ponto observado entre a saúde mental e a família diz respeito à sobrecarga que os familiares vivenciam em relação às condições precárias de moradia, desemprego e atividade para o doente mental na comunidade. Na fala de *Gérbera*, essa sobrecarga é evidenciada na palavra *estorvo*:

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

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

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

O comprometimento da família no cuidado ao portador de transtorno mental exige uma nova organização familiar. Porém, essa responsabilidade familiar também é positiva, pois além de intensificar suas relações, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário⁽⁷⁾.

O tratamento desses pacientes requer um projeto individualizado para que não se perca de vista a noção de conjunto, devendo estar atento ao tempo de cada um, com expectativas de possibilitar ao longo do processo o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha. Nas falas de *Lisianto* e *Heliconia*, constata-se a falta de atenção a esses usuários, pois afirmam não terem nenhum contato com eles.

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

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

A composição de serviços de saúde mental firmados em base comunitária permeia a discussão do processo de descentralização, tendo em vista que a adscrição da clientela ao território de intervenção das equipes da ESF potencializa a constituição de um vínculo e à continuidade da atenção à população, importantes para a reforma psiquiátrica brasileira⁽¹⁷⁾.

Qualificação profissional

A saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, é um tipo de ação especial que deve ser desempenhada no município, ampliando uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado⁽¹¹⁾.

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

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

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

Dentre as entrevistadas, *Tulipa*, refere que participou de um treinamento durante a discussão da Reforma Psiquiátrica:

Eu fiz um treinamento quando [...] eu acho que no início dos anos 90 porque foi quando começou a reforma psiquiátrica e toda aquela questão de se fechar os manicômios, de se criar alternativas para pessoas, como os CAPS, que hoje são CAPS, Centro de assistência psicossocial. [...] De lá para cá que eu me lembre... eu não lembro de ter tido mais nenhum principalmente depois da equipe de saúde da família. Teve de hipertenso, diabético, saúde da criança, uma série de coisas. Mas... assim [...] relativo a saúde mental não (Tulipa).

O pouco investimento da Reforma Psiquiátrica na rede básica traz repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, que se mantiveram à parte do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de um cuidado mais inclusivo e reprodutor da vida social. Todo o movimento motivado em torno da invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e à necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontra raros ecos⁽¹⁸⁾.

A qualificação dos profissionais da ESF em saúde mental torna-se difícil inicialmente por falta de iniciativa dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o seu atendimento. Muitos profissionais ficaram à margem do movimento da Reforma Psiquiátrica, não acompanhando as mudanças práticas que o movimento trouxe⁽¹⁸⁾.

Trabalhar com o usuário portador de transtorno mental requer romper com os próprios preconceitos, pois a visão que se tem quando se fala em doente mental está ligada a manicômio, agressão, medo e essa imagem é difícil de apagar posto que faz parte das raízes educacionais. Mas os profissionais de saúde, para desempenhar a sua função e exercer o comprometimento com o outro inerente à profissão, precisa adquirir um pouco de desprendimento para conseguir realizar um trabalho em prol desses usuários e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há consciência por parte das enfermeiras de que a repetição da transcrição de receitas não deve ser uma única prática corrente desenvolvida junto ao portador de trans-

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-62.
2. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver Projetos de Atenção à Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2003 [citado 2008 jul. 15];5(2):[cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/mental.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
4. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2009 [citado 2009 fev. 5]; 14(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a24v14n1.pdf>
5. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.
6. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2009 [citado 2009 fev. 5];14(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf>
7. Schrank G, Olschowhsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):127-34.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

torno mental e que é necessário ser realizada uma avaliação para o controle dos psicotrópicos e de seus usuários.

Não foram observadas nas entrevistas com as colaboradoras ações voltadas para o portador de transtorno mental. Há a consciência de que é fundamental fazer um trabalho, mas as enfermeiras referem, como dificuldade, a falta de capacitação relacionada à saúde mental e a ausência de uma equipe multiprofissional que forneça suporte à Unidade de Saúde da Família. Como desafios para a saúde mental na ESF, constatou-se que a equipe de saúde da família tem poucos treinamentos voltados para o transtorno mental, o que maximiza as barreiras para as enfermeiras não realizarem ações voltadas para essa população.

É preciso haver qualificação profissional em todos os níveis de atenção que interagem com essa população, não esquecendo de ações articuladas de promoção, em nível de políticas públicas e prevenção em parcerias entre a USF e as escolas e entidades do bairro.

A realização de *rodas de conversas* entre os profissionais da unidade com o objetivo de buscar subsídios para a implementação de atividades para o portador de transtorno mental levando esse planejamento até a gestão, ou seja, a Secretaria de Saúde. Vale destacar a necessidade de envolver as lideranças locais e representantes de familiares dos portadores, como forma de controle social nesses processos. Da mesma forma, é necessário envolver os órgãos formadores.

Mas em sua viabilidade prática a reinserção do portador de transtorno mental na comunidade é o grande desafio para os profissionais de saúde da ESF. A formação profissional na graduação e a falta de cursos de capacitação durante o exercício da profissão emergem como desafios para a não realização de um trabalho assistencial para estes usuários.

9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4 (2 Supl):15-25
10. Meihy JCSB. Manual de história oral. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
11. Buchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enferm*. 2006;3 (11):226-33.
12. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2002 [citado 2007 set. 8];24(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a06v24n2.pdf>
13. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 jul. 6]; 3(5):[cerca de 20 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>
14. Carvalho L, Dimenstein M. A mulher, seu médico e o psicótico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2007 jul. 6];8(15):[cerca de 28 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/inter/v8n15/v8n15a03.pdf>
15. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 ago. 27];1(2). Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v1n2/v1n2a09.pdf>
16. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comum Saúde Educ* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 ago. 27]; 10(19):[cerca de 16 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>
17. Vecchia MD. A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre as práticas e significações de uma equipe [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2006.
18. Figueiredo MD. A saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, São Paulo; 2006.

Financiamento

Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
Edital MCT/CNPq//MS-DAB/SAS nº 049/2005. Processo nº 402896/2005-0.