



**UNICAMP**

**FERNANDA RIBEIRO SOBRAL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA  
USUÁRIOS ADOECIDOS MENTALMENTE E SEUS  
FAMILIARES**

**Campinas**

**2012**





UNICAMP

---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**Faculdade de Enfermagem**

**FERNANDA RIBEIRO SOBRAL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
BÁSICA SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA USUÁRIOS  
ADOECIDOS MENTALMENTE E SEUS FAMILIARES**

**Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA FERNANDA RIBEIRO SOBRAL  
E ORIENTADA PELO PROF. DR CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS**

Assinatura do Orientador

---

**Campinas**

**2012**

**iii**

Inscade BCC 2  
UNICAMP 15022  
Autor Sobral  
Ed. 98582  
Combo BC 161-9413  
Proc. D  
Preç. 1100  
Data 26/02/12  
Cód. B. 896580

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

So12r

Sobral, Fernanda Ribeiro, 1980-  
Representações sociais de enfermeiros da atenção  
básica sobre a educação em saúde para usuários  
adoecidos mentalmente e seus familiares / Fernanda  
Ribeiro Sobral. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Claudinei José Gomes Campos.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação em saúde. 2. Saúde mental. 3. Saúde  
da família. 4. Centros de saúde. 5. Enfermagem. I.  
Campos, Claudinei José Gomes, 1963-. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Social representations of nurses of the basic attention about the health education for mentally ill users and their families.

**Palavras-chave em inglês:**

Health education

Mental health

Family health

Health centers

Nursing

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Nome e Sobrenome [Orientador]

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Antonio Carlos Siqueira Júnior

**Data da defesa:** 12-12-2012

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

201304845

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FERNANDA RIBEIRO SOBRAL (RA: 043499)

Orientador (a) PROF(A). DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

#### Membros:

1. PROF(A). DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS 

2. PROF(A). DR(A). ANTONIO CARLOS SIQUEIRA JÚNIOR 

3. PROF(A). DR(A). MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES 

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 12 de dezembro de 2012



## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à minha querida mãe, Maisa, por seu grande amor, dedicação e paciência, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, sempre acreditando e investindo em mim e nos meus estudos.*

*Dedico também à minha avó materna, Maria Lourdes (in memoriam), que nos ensinou a valorizar não somente o “grosso” da vida (tarefas predominantemente femininas), mas principalmente, o “fino”, ou seja, os estudos.*



## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus, por guiar meus passos e iluminar meu caminho, principalmente nas situações mais difíceis.*

*À minha querida mãe por ter incentivado meus estudos sempre com muita dedicação.*

*Aos demais membros da minha pequenina família: tia Maria Helena e prima Neide.*

*Aos meus avós maternos, Antônio Maria Ribeiro (in memorian) e Maria Lourdes (in memorian) por seus preciosos ensinamentos e pelas doces e saudosas lembranças.*

*Ao meu irmão, que mesmo tão distante e alheio a minha vida, guardo-lhe um amor fraterno maior do que deveria e gostaria, e que foi essencial para o meu amadurecimento.*

*Aos meus terapeutas Luiz Ricardo e Fabiana, por suportarem minhas mazelas e angústias.*

*Às amigas enfermeiras Thalyta, Ivy, Luiza, Viviane, Déborah, Flavinha, Tiemi com as quais compartilhei momentos de alegria, aflições e aconselhamentos.*

*Aos professores da graduação que de uma forma ou outra contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal, especialmente ao Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas e à Profa. Dra. Maria Isabel Pedreira de Freitas.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, funcionários e professores.*

*Aos membros da equipe de enfermagem que durante meus estágios supervisionados muito me ensinaram: Neila, Silmara, Noemia, Fátima, Edilson e Denise; Regina e Cláudia.*

*Aos membros do grupo Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde (NUPEQS), que trouxeram valiosos conselhos e sugestões para este trabalho.*

*Às Enfermeiras participantes do estudo, pela disponibilidade em me receber e que, indubitavelmente, proporcionaram a realização deste estudo.*

*À Prefeitura Municipal de Campinas por permitir o acesso aos campos da pesquisa.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro.*

*Agradeço especialmente ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, que desde a graduação acreditou em meu potencial, incentivando a busca contínua do conhecimento, mas não sem antes fazer uma problematização. Sou muito grata por sua orientação, competência, profissionalismo e disponibilidade. Também agradeço por confiar em mim e proporcionar-me tranquilidade nos momentos difíceis da vida e de inquietações inerentes à pesquisa.*

## **EPÍGRAFE**

*“Para ser grande, sê inteiro: nada*

*Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és*

*No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda*

*Brilha, porque alta vive.”*

**(Ricardo Reis – heterônimo de Fernando Pessoa)**



## RESUMO

Os Centros de Saúde são uma parte importante da rede de serviços em saúde mental. Nestes locais é comum os profissionais de enfermagem realizarem o atendimento aos usuários com queixas psiquiátricas. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-exploratório, cujo objetivo foi analisar as representações sociais dos enfermeiros da rede básica sobre o uso de ações educativas em saúde direcionadas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares, bem como a participação destes profissionais em tais ações. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 12 enfermeiros que atuavam em Centros de Saúde de Campinas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo utilizando-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, com destaque para os seus processos formadores básicos: ancoragem e objetivação. Os resultados identificaram a formação de quatro categorias que contemplam as representações sociais sobre: a doença mental; o atendimento em saúde mental no Centro de Saúde; as ações educativas em saúde – conceitos dos enfermeiros; e as ações educativas em saúde mental – participação dos enfermeiros. Verificou-se que os enfermeiros “objetivam” o uso das ações educativas em saúde como sendo orientações individualizadas, que estão “ancoradas” nas consequências proporcionadas por tais orientações, como a autonomia e o empoderamento de saberes em saúde. A construção de novas representações sociais pelos enfermeiros é incipiente no caso das ações educativas em saúde mental, pois elas estão atreladas às representações sociais sobre a doença mental e a assistência à saúde mental que estão construídas sobre estáveis alicerces. Estes, por sua vez, influenciam a atuação dos enfermeiros no que tange as ações educativas voltadas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares. Porém, identificaram-se processos iniciais de mudanças quando os enfermeiros reconheceram haver preconceitos, pouca qualificação da assistência de enfermagem prestada em saúde mental nos Centros de Saúde e assumiram o uso de tecnologias leves. Os enfermeiros também manifestaram a necessidade de capacitação

em relação às ações de saúde mental no geral, indicando certa propensão em participar de programas de educação permanente nesta área. A pesquisa mostrou que há carência na formação de enfermagem, que enfatize a coordenação de grupos educativos em saúde mental na rede básica, e na capacitação de recursos humanos para trabalhar com a saúde mental de forma técnica, teórica e, principalmente, humana.

**Linha de Pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

**Descritores:** Educação em Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família, Centros de Saúde, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The health centers are an important part of mental health services network. In these places it is common for nursing professionals perform users care with psychiatric complaints. This is a descriptive-exploratory qualitative study, whose purpose was to analyze the social representations of basic health network nurses about the use of educative actions in health directed to mentally ill users and their families, as well as the participation of the nurses in such actions. Semi structured interviews were conducted with 12 nurses who worked in health centers of Campinas. The data were submitted to content analysis applying as theoretical references the Social Representations Theory, with an emphasis on their basic composition processes: anchorage and objectification. The results identified four categories that contemplate the social representations about: mental illness; the mental health assistance in the health centers; the educative actions in health – concepts of the nurses; and the educational activities on mental health – participation of nurses. It was ascertained that nurses "aim" the use of educative actions in health as being individualized orientation, which are "anchored" in the consequences provided by such orientations as the autonomy and the empowerment of health knowledge. The construction of new social representations by nurses is incipient in the case of educational activities in mental health, because they are linked to social representations about mental illness and mental health assistance that are built on stable foundations, which influence the performance of the nurses in the educational activities directed to mentally ill users and their families. However, we identified the initial processes of changes when the nurses recognized there are prejudices, low qualification of nursing care provided in mental health on health centres and the nurses assumed the use of soft technologies. The nurses also expressed the need training in relation to mental health actions in general, indicating a certain propensity to participate in permanent education programs in this area. Research has shown that there is a lack of training in nursing, which emphasize the coordination of educational groups on mental

health in basic health network, and in the training of human resources to work with the mental health of theoretical and technical approach, mostly human.

**Research Line:** Process in Health Care and Nursing.

**Key words:** Health Education, Mental Health, Family Health, Health Centers, Nursing.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais da amostra.....87

**Tabela 2** – Distribuição da frequência de temas referentes às pré-categorias de análise.....247

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	89
<b>Quadro 2</b>	Distribuição das categorias e subcategorias encontradas.....	90
<b>Quadro 3</b>	Dados comparativos dos resultados obtidos sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros com outros estudos.....	96
<b>Quadro 4</b>	Análise da entrevista E1.....	255
<b>Quadro 5</b>	Análise da entrevista E2.....	256
<b>Quadro 6</b>	Análise da entrevista E3.....	257
<b>Quadro 7</b>	Análise da entrevista E4.....	258
<b>Quadro 8</b>	Análise da entrevista E5.....	259
<b>Quadro 9</b>	Análise da entrevista E6.....	260
<b>Quadro 10</b>	Análise da entrevista E7.....	261
<b>Quadro 11</b>	Análise da entrevista E8.....	262
<b>Quadro 12</b>	Análise da entrevista E9.....	263
<b>Quadro 13</b>	Análise da entrevista E10.....	264
<b>Quadro 14</b>	Análise da entrevista E11.....	265
<b>Quadro 15</b>	Análise da entrevista E12.....	266

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>Cândido</b>	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
<b>CAPS</b>	Centro(s) de Atenção Psicossocial
<b>CC</b>	Centro(s) de Convivência
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CETS</b>	Centro de Estudos do Trabalhador da Saúde
<b>CS</b>	Centro(s) de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>HiperDia</b>	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NUPEQS</b>	Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PI</b>	Piauí
<b>PNSM</b>	Política Nacional de Saúde Mental

<b>RP</b>	Reforma Psiquiátrica
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TO</b>	Terapeuta ocupacional
<b>TRS</b>	Teoria das Representações Sociais
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>XIII</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
1.1. ADOECIMENTO MENTAL OU PSÍQUICO .....	27
1.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	30
1.3. A FAMÍLIA APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	33
1.4. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL .....	34
1.5. INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL .....	36
1.6. BREVE HISTÓRICO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	40
1.7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	42
1.8. AÇÕES OU PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE .....	43
1.9. O PROBLEMA DE PESQUISA E SUA DELIMITAÇÃO.....	47
1.10. JUSTIFICATIVA .....	48
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>51</b>
<b>3. PRESSUPOSTOS.....</b>	<b>57</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>61</b>
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>65</b>
5.1. LOCAL DO ESTUDO .....	70
5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	72
5.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	73
5.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	75
5.5. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	79
5.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA .....	83
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>85</b>
6.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA .....	87
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>
7.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A DOENÇA MENTAL.....	98
7.1.1. <i>Visões e conceitos da doença mental.....</i>	<i>99</i>
7.1.2. <i>Estigmas e preconceitos da doença mental.....</i>	<i>107</i>
7.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE SAÚDE.....	117

7.2.1.	<i>Formação acadêmica para o atendimento em saúde mental e capacitações afins.....</i>	118
7.2.2.	<i>Fragmentação da assistência na saúde mental.....</i>	131
7.2.3.	<i>Ações e visões relacionadas à família dos usuários adoecidos mentalmente.....</i>	142
7.2.4.	<i>Dificuldades para a realização da assistência em saúde mental.....</i>	154
7.3.	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE: CONCEITOS DOS ENFERMEIROS .....	163
7.3.1.	<i>Orientações de saúde para o usuário e a família: autonomia para o cuidado e empoderamento em saúde.....</i>	164
7.3.2.	<i>Orientações de saúde para o profissional: educação permanente .....</i>	174
7.4.	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	182
7.4.1.	<i>Abordagem individual das ações educativas em saúde mental.....</i>	183
7.4.2.	<i>Abordagem coletiva das ações educativas em saúde mental.....</i>	191
7.4.3.	<i>Motivos da não participação do enfermeiro nas ações educativas em saúde mental.....</i>	203
7.5.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	214
<b>8.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>215</b>
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>227</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>239</b>
	ANEXO 1 – PARECER CEP .....	241
	ANEXO 2 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....	243
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>245</b>
	APÊNDICE 1 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE TEMAS REFERENTES ÀS PRÉ-CATEGORIAS DE ANÁLISE... ..	247
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	249
	APÊNDICE 3 - PRÉ-TESTE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....	251
	APÊNDICE 4 – QUADROS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	255
	APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA.....	267

# **1. INTRODUÇÃO**



Uma das principais motivações para a realização desta pesquisa, além do interesse pessoal pela área da enfermagem psiquiátrica, partiu de algumas experiências vivenciadas pela pesquisadora durante o estágio supervisionado em um Centro de Saúde (CS) quando cursava a graduação em enfermagem.

Durante o período de estágio, notou-se que a equipe de enfermagem tinha dificuldades para lidar com usuários que apresentavam algum adoecimento mental, delegando esse atendimento àqueles que manifestavam interesse por tal área. Entretanto, percebeu-se que alguns casos poderiam ser bem resolvidos com a disponibilidade de escuta do profissional e também de capacitações por meio de educação permanente e treinamentos para lidar com certas situações psiquiátricas.

Assim, surgiram questionamentos sobre a participação da equipe de enfermagem e, principalmente, do enfermeiro no atendimento a usuários adoecidos mentalmente em um CS. Houve indagações sobre o atendimento oferecido aos familiares destes pacientes; sobre o que essas unidades e suas equipes têm feito para atender efetivamente esta demanda de usuários, cada vez mais presente nestes serviços; sobre o que o enfermeiro tem feito ou o que ele pode fazer para mudar esta visão em relação a estes usuários.

Contudo, neste trabalho, optou-se por compreender as representações dos enfermeiros sobre as ações educativas em saúde voltadas aos usuários da saúde mental e suas famílias, no âmbito dos CS, para só então, em estudos futuros, tentar entender as outras e diversas dúvidas surgidas durante a graduação.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em consonância com as ideias preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estimulou o desenvolvimento de um novo modelo de assistência psiquiátrica<sup>(1)</sup>, visando principalmente a reinserção dos pacientes à sociedade e a ampliação da rede extra-hospitalar<sup>(2,3)</sup>. Contudo, as transformações na

assistência exigem reflexões e mudanças por parte dos profissionais da saúde em relação às suas próprias ações de cuidado<sup>(4)</sup>.

Há que se considerar, entretanto, que os serviços extra-hospitalares têm sido insuficientes para atender a demanda de usuários mentalmente adoecidos e seus familiares<sup>(5,6)</sup>, e neste contexto de mudanças na assistência à saúde mental, os CS assumem um papel cada vez mais importante, visto o aumento do número de pessoas que apresentam algum adoecimento mental e que são efetivamente atendidas nesses equipamentos<sup>(7,8)</sup>. As equipes de atenção básica, na sua rotina de trabalho, recebem casos relacionados a diversas formas de adoecimento mental, como transtornos mentais leves ou severos e o uso abusivo de álcool e drogas<sup>(1)</sup>.

Os CS têm um papel fundamental na prevenção às doenças e na promoção à saúde<sup>(2)</sup>, são locais propícios para desenvolver ações educativas em saúde mental<sup>(2,9)</sup>, pois tendem a ser mais acessíveis à população, estão próximos da comunidade e do contexto do usuário do serviço<sup>(7)</sup>.

As ações educativas em saúde envolvem um conjunto de estratégias e experiências de aprendizagem que possibilitam adotar ou modificar condutas voluntárias, individuais ou coletivas, favoráveis à saúde<sup>(10,11)</sup>.

O cuidado em saúde mental está presente em todas as áreas de atuação dos enfermeiros, mas muitos destes profissionais não estão preparados para o atendimento de saúde ao usuário com adoecimento mental e, tampouco, para a realização de atividades educativas voltadas a este paciente<sup>(3,12,13)</sup>.

É importante, inclusive, orientar e acompanhar a família do usuário mentalmente adoecido, uma vez que ela assume um papel fundamental no processo de cuidado a este usuário e na sua (re)inserção à sociedade<sup>(14)</sup>. Entretanto, as famílias não recebem dos serviços

de saúde a atenção desejada, tanto na forma de instrumentalização para o cuidado do familiar adoentado, quanto no amparo aos próprios familiares para enfrentar as dificuldades inerentes à sua função de cuidadores<sup>(15,16)</sup>.

Os enfermeiros podem fazer a diferença no cuidado aos usuários mentalmente adoecidos, pois dentre os vários papéis que desempenham está o de educador. Eles podem contribuir para mudar a educação em saúde, desde que reconheçam a prática educativa em saúde como aliada em seu processo de trabalho, principalmente em relação à saúde mental, a fim de oferecer melhor assistência aos usuários e seus familiares<sup>(4,17)</sup>.

Pretende-se nesta pesquisa compreender as representações sociais dos enfermeiros que trabalham nos CS sobre a utilização de ações educativas em saúde voltadas para usuários adoecidos mentalmente e suas famílias e sobre a participação desses profissionais em tais atividades.

Na sequência serão apresentados alguns temas considerados essenciais para o desenvolvimento e compreensão do presente estudo.

### **1.1. Adoecimento mental ou psíquico**

Atualmente encontra-se na literatura vários termos para descrever algum tipo de sofrimento psíquico ou mental como doenças mentais, distúrbios mentais, transtornos mentais e até mesmo loucura. No entanto, alguns destes termos podem fortalecer os rótulos e estigmas que estes pacientes têm na sociedade<sup>(18)</sup>.

Para esclarecer a terminologia utilizada neste trabalho, faz-se importante entender algumas concepções que serão adotadas para sofrimento, sofrimento psíquico, doença, adoecimento e transtorno mental.

A ideia de sofrimento pode estar ligada a situações de perda, como morte, doenças e conflitos interpessoais. Deste modo, o sofrimento pode ser considerado uma reação do ser humano às ameaças externas ou internas surgidas no decorrer da vida, e como consequência pode, de forma indireta, desencadear vontades de transformação<sup>(19)</sup>.

Já o sofrimento psíquico ou mental pode ser entendido como:

Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundo do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir o sentido da vida, aliada a sentimento de impotência e vazio, o eu experimentados como coisa alheia<sup>(20)</sup>.

Mesmo sendo uma experiência individual, o sofrimento psíquico é construído socialmente, e sua manifestação pode revelar os valores e as normas da sociedade num determinado momento histórico<sup>(14)</sup>.

A terminologia transtorno mental é “utilizada nos sistemas de classificação atuais da psiquiatria para substituir outros termos como doença ou enfermidade”. O transtorno mental é uma categoria pertencente ao discurso biomédico, pois visa uma abordagem diagnóstica descritiva de um conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos<sup>(21)</sup>.

Cabe ressaltar os achados de um estudo que visou compreender a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. Tal pesquisa revelou que estes profissionais não estão familiarizados com as expressões “sofrimento psíquico” ou “transtorno mental”. Segundo os autores, parece que

estes termos não têm significado para a prática do enfermeiro do CS, pois tais denominações suscitariam nos enfermeiros a ideia de uma intervenção psiquiátrica tradicional<sup>(22)</sup>.

A partir destas informações, pode-se embarcar numa questão crucial para a definição da terminologia a ser utilizada neste trabalho.

Sabe-se que os portadores de transtornos mentais têm dificuldades de exercer suas capacidades mentais plenas, prejudicando sua interação com a sociedade. Em casos severos e persistentes, eles são privados de exercerem sua condição de cidadãos<sup>(14)</sup>. No entanto, há pessoas com transtorno mental comum, ou seja, indivíduos que apresentam uma situação de saúde ou um conjunto de sintomas que causam incapacitação funcional e sofrimento psíquico – semelhante ou mais grave do que quadros crônicos – mas que não atendem aos critérios formais das classificações psiquiátricas para definir um diagnóstico pré-estabelecido e reconhecido pela comunidade médica e científica<sup>(23)</sup>.

Em relação à doença, ela não é somente o desaparecimento de uma ordem fisiológica “normal” ou “saudável”, mas o aparecimento de uma nova ordem vital. As pessoas que desconhecem ter uma doença não se sentem doentes até que profissionais da saúde, auxiliados por seus conhecimentos, dão-lhes um diagnóstico<sup>(19)</sup>.

Desta forma, pode-se entender o adoecimento como “o processo de construção da identidade de doente a partir da manifestação do sofrimento, independentemente da presença ou ausência de doença”. Trata-se de uma “expressão de inércia e insurreição contra a vontade afirmativa de transformação” do sujeito diante de qualquer tipo de sofrimento<sup>(19)</sup>. O adoecimento mental compromete o campo biológico e o psicossocial<sup>(24)</sup>.

Como se nota, a identificação de pessoas com sofrimento mental e seu respectivo cuidado de enfermagem não precisam necessariamente vir acompanhados por diagnósticos específicos ou por denominações que estigmatizam e rotulam os transtornos mentais. A

manifestação de um sofrimento psíquico pode surgir de queixas aparentemente simples e, muitas vezes, o início do cuidado se dá de forma indireta – ou até mesmo diretamente – como, por exemplo, por meio da escuta ou outra ação individual.

Para este estudo o termo adoecimento mental ou psíquico torna-se mais adequado para designar tanto o portador de transtorno mental quanto o de sofrimento psíquico. Por isso, eventualmente, poderá ser utilizada a denominação transtorno mental como sinônimo não apenas dos transtornos mentais severos e crônicos, mas também, dos comuns, lembrando que ambos trazem sofrimento psíquico/ mental. Vale destacar, inclusive, que neste trabalho o importante é considerar todos os casos possíveis relacionados à saúde mental, o que também inclui aqueles que não têm um diagnóstico estabelecido por médicos – conforme as classificações psiquiátricas – mas apresentam algum grau de sofrimento mental passível de adoecimento.

Ainda cabe destacar que foi utilizado no presente estudo a palavra usuários para designar os pacientes que frequentam os CS, devido ao fato de esta denominação ser o termo comum mais empregado na atenção básica. Porém, ressalta-se que o termo paciente poderá ser, eventualmente, utilizado nos casos em que esta designação apresentar uma conotação mais geral no contexto do trabalho, principalmente, quando não se referir aos CS.

## **1.2. Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Nos anos 70 iniciou-se o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, que foi contemporâneo ao movimento sanitário. Tratou-se de um complexo processo político e social, que tentou modificar as relações entre a sociedade e os portadores de transtornos mentais<sup>(1)</sup>, e que abrangeu “transformações teóricas, assistenciais, jurídicas e socioculturais, para retirar o

paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e aos poucos integrá-lo aos novos serviços de saúde da comunidade”<sup>(22)</sup>.

Em 1978, o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico entrou em crise, vindo ao encontro das lutas dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, passaram a criticar o modelo hospitalocêntrico, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da doença psiquiátrica e a hegemonia da rede privada na assistência aos pacientes com transtornos mentais<sup>(1)</sup>.

Em 1989 iniciou-se a luta no campo legislativo e normativo, com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir de 1992 tais leis começaram a ser aprovadas em alguns estados brasileiros. Porém, somente em 2001 foi sancionada, em todo território nacional, a Lei Paulo Delgado, sendo esta proveniente de um projeto substitutivo ao Projeto de Lei original<sup>(1)</sup>.

Em 1990, em nível internacional, enfermeiros provenientes de todos os continentes “iniciaram um grande movimento em favor da saúde mental denunciando problemas graves enfrentados pelas pessoas com transtornos mentais e destacando a necessidade e a importância de uma ação em escala mundial dos enfermeiros para reverter a situação”. Assim o enfermeiro, independente de sua vontade, teria que se responsabilizar também pela assistência do paciente mentalmente adoecido, visando um cuidado competente e humanizado. A partir desse movimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), que até então só destacava a importância de médicos e psicólogos nos cuidados psiquiátricos, reconheceu o papel

fundamental do enfermeiro na assistência em saúde mental e psiquiátrica, recomendando que os serviços de saúde mental incluíssem o enfermeiro em seus sistemas de atendimento à pessoa com adoecimento mental. A OMS propôs, inclusive, que fosse facilitada a realização da educação continuada para todos os profissionais de enfermagem<sup>(25)</sup>.

No contexto brasileiro, alinhada com os princípios da Reforma, a PNSM, apoiada na Lei nº 10.216 de abril de 2001<sup>(26)</sup>, passa a se consolidar, ganhando maior visibilidade. Esta política tem como objetivos principais: a desinstitucionalização do portador de transtorno mental, ou seja, deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade<sup>(13)</sup>; a reinserção destes pacientes na sociedade, protegendo-os e garantindo seus direitos; a construção e expansão de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico como centros de atenção psicossocial (CAPS), hospitais-dia, serviços ambulatoriais, residências terapêuticas, oficinas de trabalho, entre outras<sup>(1-3)</sup>. Porém, tal política não instituiu mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios<sup>(1)</sup>.

A partir daí, intensificou-se a construção de várias ações políticas – como a de recursos humanos para a RP e a de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas – e de ações conjuntas entre governos das diferentes esferas do poder e os movimentos sociais, visando efetivar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário<sup>(1)</sup>.

Entretanto, para que este novo modelo de assistência em saúde mental se desenvolva e qualifique o atendimento, a rede de assistência em saúde e doença mental apresenta dificuldades comuns, sendo boa parte destas relacionadas à estigmatização, marginalização, acessibilidade aos serviços de saúde mental sofrida pelos seus usuários<sup>(4)</sup> e, também, dificuldades em relação à formação de recursos humanos na psiquiatria<sup>(1)</sup>.

Logo, as transformações do modelo de assistência além de necessitar de melhor estruturação física e de recursos materiais, de maior integração entre os profissionais da saúde e da ampliação das ações intersetoriais<sup>(22)</sup>, exigem também mudanças nas perspectivas dos profissionais em relação às ações do cuidado psiquiátrico<sup>(4)</sup>, como, por exemplo, não transferir o cuidado exclusivamente à família, mas sim compartilhar com ela a responsabilidade da assistência, oferecendo-lhe suporte para aprender a lidar com o paciente adoecido mentalmente<sup>(14,27)</sup>.

### **1.3. A família após a Reforma Psiquiátrica**

Até o final da década de 70, a assistência psiquiátrica foi marcada pelo afastamento do paciente adoecido mentalmente do convívio social e, principalmente, do convívio com sua família. Porém, com a RP e a PNSM, a família assumiu um importante papel no processo de cuidado e na reinserção social desses pacientes<sup>(13,28)</sup>.

Nesse novo contexto, a família assumiu uma participação significativamente mais ativa no processo de cuidado dos indivíduos adoecidos mentalmente, aumentando a sua responsabilidade<sup>(15,16)</sup>.

No entanto, o convívio com o familiar doente é desgastante para o cuidador, pois gera mudanças na rotina familiar, diversos conflitos, sobrecarga física, psicológica e financeira<sup>(15,29)</sup>. Tal convivência se torna mais difícil quando a doença é crônica, apresenta recidivas e é vista como incapacitante e estigmatizadora pela sociedade, como as doenças mentais<sup>(15)</sup>. Estas questões comprometem a compreensão da família sobre o adoecimento psíquico e interferem na sua maneira de lidar com comportamentos não convencionais<sup>(29)</sup>.

Sabendo que a prática em saúde mental também inclui a assistência às famílias, os profissionais de saúde devem ver a família como foco de intervenção e cuidado, não apenas instrumentalizando-os para o cuidado de seu familiar, mas oferecendo a eles um cuidado a sua saúde, já que esses familiares têm dificuldades para desempenhar seu papel de cuidador e muitas vezes também adoecem. Ressalta-se que a assistência aos pacientes adoecidos mentalmente não deve ser responsabilidade apenas das suas famílias, mas sim ser compartilhada com as equipes dos serviços de saúde<sup>(15,16)</sup>.

#### **1.4. A Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental**

A ESF, modelo de atenção à saúde implantado na década de 90, vem ao encontro das ideias propostas pela RP em relação à desinstitucionalização, à integralidade na assistência e à reabilitação psicossocial dos usuários adoecidos mentalmente. A ESF não está focada apenas no indivíduo doente, ela propõe que o trabalho seja realizado por uma equipe multiprofissional, visando uma atenção centrada principalmente na família, integrada à comunidade e à rede de serviços de saúde; propõe maior resolutividade para os problemas de saúde e enfatiza a prevenção e a educação em saúde<sup>(23,28)</sup>.

No contexto do SUS e da atenção primária, a ESF pode potencializar a atenção ao indivíduo com adoecimento mental e aos seus familiares<sup>(16)</sup>, uma vez que os CS são a principal via de acesso da população ao atendimento de saúde. Estes locais são componentes importantes na rede de serviços à saúde mental, cujo modelo de atenção não se limita às atividades técnicas, diagnóstico, tratamento tradicional e remissão dos sintomas. O cuidado psiquiátrico inclui a prevenção da doença e a promoção de saúde, a reabilitação e a inclusão social<sup>(3,12)</sup>.

Nesta perspectiva, os CS são locais propícios para desenvolver atividades de educação em saúde mental, contribuindo para sua promoção. Nesses serviços, o maior conhecimento que as equipes têm sobre as características da população e da região de abrangência favorece o vínculo entre profissionais e comunidade. Isto se evidencia no fato de que muitos usuários em adoecimento psíquico procuram os profissionais da atenção primária com quem já estão familiarizados para solicitar ajuda, sendo comum que este atendimento inicial seja feito por profissionais não especializados<sup>(2,3,12)</sup>.

Além disso, nos CS, as atividades educativas em saúde voltadas à comunidade tendem a ser mais acessíveis, devido à proximidade física com o contexto do usuário. Isso permite que a equipe tenha conhecimento sobre a real situação de saúde do usuário, oferecendo melhores possibilidades de controle e intervenção. Assim, as ações de cuidado em saúde mental nos CS podem detectar e controlar os fatores de risco que causam algum tipo de adoecimento mental, favorecendo o acompanhamento destes usuários na comunidade em que vivem<sup>(7,30)</sup>.

É importante entender que as ações conjuntas entre a saúde mental e a atenção básica são hoje uma necessidade, tendo em vista o grande contingente de pessoas adoecidas mentalmente e que são efetivamente atendidas pelas equipes dos CS<sup>(7)</sup>. Na busca dessa integração entre a saúde mental e a atenção primária, um estudo sugeriu que haja para a saúde mental um modelo de cuidado semelhante aos programas educativos existentes para hipertensos e diabéticos. Este modelo permitiria o controle da doença, o planejamento do tratamento e possibilitaria um cuidado contínuo e próximo do usuário<sup>(4)</sup>.

Porém, ainda é escassa a inserção das ações de saúde mental na atenção básica seguindo as diretrizes do SUS e da RP<sup>(13)</sup>. Os profissionais de saúde têm dificuldades para realizar intervenções efetivas a usuários com adoecimento mental, principalmente o enfermeiro que, como integrante da equipe, tem papel fundamental no processo terapêutico, no

acompanhamento de usuários e familiares, e na participação em atividades de educação e promoção à saúde mental, pois ele é o principal responsável pela organização e planejamento dessas ações na atenção básica<sup>(2,3,12)</sup>.

Os enfermeiros, em seu processo de trabalho, precisam reconhecer a importância da prática educativa em saúde, inclusive em relação à saúde mental. Assim, eles podem buscar os conhecimentos necessários para a aplicação de novas estratégias de ensino-aprendizagem nos programas educativos, com o objetivo de oferecer melhor assistência aos usuários e seus familiares<sup>(4,17)</sup>. Os enfermeiros podem fazer a diferença neste cuidado, pois ao assumirem seu papel de educadores têm a oportunidade e a responsabilidade de mudar a educação em saúde e inovar na utilização dos recursos pedagógicos e terapêuticos<sup>(4)</sup>.

### **1.5. Integralidade e intersectorialidade nas ações de saúde mental**

Como já fora relatado, a ESF também propõe a prestação de um cuidado integral ao indivíduo e a sua família, não restringindo suas ações apenas aos recursos disponíveis na atenção básica. A pessoa com adoecimento psíquico deve ter garantida a assistência a sua saúde em todos os níveis de atenção, não somente em serviços especializados<sup>(22)</sup>. Os problemas de saúde mental não podem ser considerados uma especificidade individual, a ponto de serem tratados como uma doença isolada e exclusiva de alguns sujeitos. O cuidado em saúde mental envolve uma atenção holística dos profissionais, o que requer um conjunto de cuidados integrados e não fragmentados entre doenças fisiológicas e psicológicas, e inclui diversas necessidades de saúde<sup>(13)</sup>.

Na elaboração do processo de cuidado em enfermagem, Wanda Horta, baseou-se nas ideias da Teoria da Motivação Humana, de Maslow – psicólogo e pesquisador do

comportamento humano – o qual fundamentou tal teoria nas necessidades humanas básicas<sup>(31)</sup>. Este autor, a princípio, classificou as necessidades em cinco níveis: as necessidades fisiológicas, relacionadas à sobrevivência do ser humano; as necessidades de segurança, relacionadas à proteção do indivíduo contra ameaças a sua vida, não apenas no que se refere à saúde, mas também à ordem social, ao seu trabalho e outras; necessidades sociais e/ou de amor, relacionadas à vida em sociedade, principalmente nas relações familiares e nas amizades e na necessidade de afeto que as pessoas têm e que inclui oferecer e receber mutuamente amor; as necessidades de estima, relacionadas à autossatisfação do indivíduo quanto aos seus desejos de independência, de reconhecimento, de ter oportunidades que gerem autoconfiança e de sentir-se útil; e as necessidades de autorrealização, relacionadas à realização integral do indivíduo, o que envolve a satisfação prévia de algumas das necessidades já descritas acima, mas que também depende do ideal que cada indivíduo tem dessas necessidades e da utilização das potencialidades individuais para atender seus desejos e sentir-se realizado<sup>(32,33)</sup>.

Posteriormente, Maslow acrescentou as necessidades cognitivas, relacionadas ao desejo de saber e conhecer o sentido das coisas, e as necessidades transcendentais que se referem à vontade de ajudar os outros a se desenvolverem<sup>(33)</sup>.

Porém, usuários dos serviços de saúde também manifestam outras necessidades que não se restringem aos aspectos biofisiológicos, como as necessidades de reprodução social, as necessidades da presença do Estado e de participação política<sup>(34)</sup>.

Deste modo, observa-se que as necessidades de saúde são amplas, envolvendo várias dimensões: biológica, cultural, econômica, política, social e ecológica<sup>(34)</sup>. No entanto, essas necessidades são comumente utilizadas para abranger todos os indivíduos como se fossem sujeitos com características homogêneas<sup>(35)</sup>. Vale ressaltar que as necessidades são diferentes

nos diversos grupos sociais<sup>(34)</sup>, e as necessidades de saúde também variam conforme a classe social a qual os grupos pertencem. Essas diferenças de necessidades devem ser consideradas e bem definidas pelos profissionais na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde<sup>(35)</sup>.

Neste contexto social diverso e desigual ocorre a (re)produção social onde estão as causas dos problemas de saúde, que determinarão as necessidades dos indivíduos de uma parte da população<sup>(34)</sup>. A satisfação destas necessidades pode diminuir o risco de adoecimentos<sup>(33)</sup>, mas para isso essas diferentes necessidades exigem ações multidisciplinares e multiprofissionais, além de “merecerem” a prioridade e o financiamento das políticas públicas, uma vez que muitas das ações existentes nos serviços de saúde atendem apenas as necessidades de alguns grupos específicos de usuários<sup>(35)</sup>.

Deste modo, o modelo integrado, implementado na rede pública, necessita de que o processo de cuidado ao doente mental considere as necessidades da comunidade e o contexto histórico-cultural no qual o indivíduo vive, fazendo valer as ideias preconizadas pela RP.

A integralidade da assistência é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”<sup>(36)</sup>. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede que constitui um sistema único, cuja organização envolve, dentre outras, a seguinte diretriz: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”<sup>(37)</sup>.

A ideia genuína do modelo integral de saúde é uma especificidade vinda da Reforma Sanitária Brasileira<sup>(38)</sup>, que defendia uma visão ampliada da atenção à saúde, criticava a fragmentação do modelo de saúde, o qual enfatizava as ações curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção<sup>(39)</sup>.

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, ela traz em si um conjunto de valores que se originou da luta de uma sociedade pelo ideal de justiça e solidariedade. Pode-se conferir três sentidos ao princípio de integralidade, mas que não são únicos. São eles: 1) as boas práticas dos profissionais da saúde, em que a integralidade do cuidado implica uma atuação profissional que vai contra o reducionismo e a objetivação dos sujeitos; 2) os atributos da organização dos serviços, cujo objetivo principal seria ampliar as percepções das necessidades de saúde dos grupos, buscando as melhores formas de atendê-los; e 3) as respostas políticas aos serviços, que devem considerar as diversas dimensões dos problemas de saúde dos vários grupos sociais e buscar estratégias resolutivas de cuidado<sup>(38)</sup>.

A integralidade está intrinsecamente ligada ao cuidado de saúde, sendo importante utilizá-la como eixo norteador das ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde<sup>(39)</sup>. Também em relação aos serviços da rede de assistência em saúde mental, o modelo de atenção integrado implica o compartilhamento de recursos e estratégias com os CS por meio da interação entre os diversos trabalhadores, usuários e comunidade<sup>(40)</sup>.

As equipes de saúde dos CS podem auxiliar os usuários adoecidos mentalmente e seus familiares através do acompanhamento domiciliar e do desenvolvimento de ações educativas, porém devem contar com suporte especializado. É essencial que os diversos serviços da rede compartilhem as responsabilidades no cuidado e no atendimento dos usuários com adoecimento mental<sup>(30)</sup>, porém nem todos os serviços da atenção básica têm condições de atender essas pessoas, devido à falta de recursos humanos capacitados<sup>(1)</sup>.

Considerando estas dificuldades na integralidade da assistência psiquiátrica, o apoio matricial tem sido utilizado como uma estratégia para inserir a saúde mental na atenção básica<sup>(6)</sup>; trata-se de mais um recurso que pode auxiliar na busca de um cuidado integrado na ESF<sup>(41)</sup>. O matriciamento pode tanto auxiliar na capacitação dos profissionais, visando a

diminuição dos preconceitos e estigmas, bem como da fragmentação da assistência e da segregação dos usuários mentalmente adoecidos<sup>(1,42)</sup>, como pode viabilizar o suporte técnico para a equipe de saúde dos CS<sup>(1)</sup>. O apoio matricial exige a participação de uma equipe multiprofissional na atenção à saúde mental e a corresponsabilização pelos casos de adoecimento psíquico, de modo a permitir a construção coletiva de projetos terapêuticos individuais mais qualificados, fortalecendo as ações conjuntas de cuidado com destaque para a intersetorialidade<sup>(41)</sup>.

A intersetorialidade em saúde envolve a construção de parcerias e uma atuação conjunta entre diferentes setores e segmentos sociais, e não apenas entre os setores da saúde<sup>(43)</sup>. O objetivo é aumentar a efetividade da assistência utilizando as várias possibilidades de articulação em rede existentes na comunidade para ampliar as intervenções em saúde<sup>(43,44)</sup>.

Os enfermeiros e demais profissionais da saúde devem conhecer e compreender as redes sociais de apoio às pessoas com adoecimento mental e familiares, utilizando tais redes para ampliar suas opções de cuidado, compartilhar responsabilidades e conhecimentos<sup>(43,44)</sup>.

As ações de saúde mental realizadas nos CS em consonância com outros serviços podem contribuir para a diminuição das internações hospitalares, redução dos custos do tratamento às doenças mentais e consolidar transformações nas ações e serviços da enfermagem voltados à psiquiatria. A aproximação entre os serviços pode favorecer o avanço do conhecimento em relação à educação em saúde mental e consolidar a integração das ações nesta área, no âmbito da atenção básica<sup>(3,30)</sup>.

## **1.6. Breve histórico sobre Educação em Saúde**

A doutrina do higienismo, surgida no século XIX, influenciou o campo da Educação e Saúde, de modo que as práticas educativas pretendiam mudar a vida das pessoas, ensinando hábitos de higiene e cuidados para manter o corpo saudável e sem doenças. Essa abordagem educativa limitava-se ao repasse de informações e enfatizava a responsabilidade individual nas mudanças de estilos de vida<sup>(9,45)</sup>, obrigando as pessoas a se posicionar entre o que é saudável ou não, conforme os padrões culturais validados e legitimados socialmente<sup>(46)</sup>.

Historicamente, a Enfermagem também sofreu influências do higienismo, adotando abordagens tradicionais de Educação em Saúde<sup>(9)</sup>, de tal modo que as práticas educativas tornaram-se instrumentos de reprodução de discursos e interesses políticos e econômicos, que circulavam como verdades<sup>(46)</sup>.

Um estudo sobre as práticas de enfermagem, que são aquelas ações que compõem o trabalho dos enfermeiros, no município de Campinas, mostrou que 33% destas ações são gerenciais (como organização de campanhas de vacinação e as ações intersetoriais); 28% concentram-se na atenção individual; 23,9% nas coletivas (como as ações de educação e prevenção); e 13,8% estão ligadas à coordenação, treinamento, e supervisão do trabalho da equipe de enfermagem<sup>(47)</sup>.

Este mesmo estudo sugere que para melhorar tais práticas é necessário, dentre outras coisas, ampliar as ações educativas, as atividades grupais e coletivas, além de expandir as ações extra-muros<sup>(47)</sup>, o que vem ao encontro de algumas propostas da Reforma Psiquiátrica como a integralidade e a intersetorialidade da assistência aos usuários adoecidos mentalmente.

Nota-se, por esta pesquisa<sup>(47)</sup>, que os enfermeiros dos serviços públicos de saúde concentram suas tarefas nas atividades administrativas e nos atendimentos individuais à população, evidenciando a baixa prioridade nas ações coletivas destinadas à comunidade e na qualificação do trabalho da equipe de enfermagem.

Portanto, hoje, muitas práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros continuam enfatizando a prevenção individual, não incorporando em suas ações a compreensão dos fatores que determinam os problemas de saúde ou as necessidades e saberes da população<sup>(9,45)</sup>. Tais práticas continuam a envolver a mera transmissão de informações e intencionalidades educativas dominantes que mantêm a perspectiva individualista de promoção à saúde em detrimento da noção coletiva<sup>(46)</sup>.

Neste contexto, é importante diferenciar a Educação em Saúde das práticas ou ações educativas em saúde, que são o foco principal desta pesquisa.

## **1.7. Educação em Saúde**

Educação em Saúde é uma estratégia da promoção da saúde, cujo processo é mais amplo e complexo, pois envolve grande parte da população e gera mudanças organizacionais no sistema de saúde, inclusive de cunho legislativo e econômico<sup>(10,48)</sup>.

A Educação em Saúde pode ser entendida como a combinação de vários comportamentos humanos em saúde com diversas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas de modo a possibilitar condutas voluntárias, individuais ou coletivas favoráveis à saúde<sup>(10)</sup>. Trata-se de um conjunto de práticas sociais “estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e com o usuário” no desenvolvimento de suas atividades<sup>(49)</sup>, com o objetivo de educar indivíduos, grupos ou comunidade para que atinjam ou mantenham um nível desejável de saúde e melhorem sua qualidade de vida<sup>(50)</sup>.

A Educação em Saúde tem se mostrado fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário, principalmente em relação às doenças crônicas que têm alta

prevalência na população<sup>(51)</sup>. Atualmente a educação em saúde é uma das principais estratégias no tratamento dos usuários adoecidos mentalmente<sup>(17)</sup>.

No entanto, ressalta-se que, seja qual for a melhoria almejada pelos serviços de saúde, é necessário capacitar os profissionais da área, bem como dispor de instrumentos adequados para desenvolver esta capacitação, e isso depende de oportunidades e possibilidades pessoais e profissionais, além de decisões políticas e institucionais<sup>(49,52)</sup>.

O processo de educação em saúde também requer um planejamento sistemático, dinâmico, participativo, com objetivos definidos para atender as necessidades específicas da população-alvo<sup>(9,10)</sup>. Para isso, o enfermeiro deve compreender o modelo integral de saúde, identificando as necessidades dos indivíduos envolvidos (enfermos, familiares e profissionais), e incorporá-las em novas práticas de saúde; possibilitar a troca de experiências e saberes entre profissionais e usuários; e criar estratégias educativas que estimulem atitudes conducentes à saúde<sup>(51,27)</sup>.

A Educação em Saúde exige ainda a interação interdisciplinar das áreas da saúde e da educação para mobilizar a produção de novos conhecimentos<sup>(9,51)</sup>. Porém, os enfermeiros necessitam de maior instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas e de melhores condições para desenvolver este papel profissional<sup>(49)</sup>.

## **1.8. Ações ou práticas educativas em saúde**

As ações educativas desenvolvidas na área da saúde têm recebido diversas denominações que também estão relacionadas à história da Educação e Saúde e à forma como essas práticas são realizadas<sup>(9)</sup>.

Na área da saúde, a ação educativa em saúde é aquela que estimula “o trabalho participativo e intersetorial e estabelece estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las”. Trata-se de uma “prática social, centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades”<sup>(45)</sup>.

Já a prática educativa em saúde refere-se à prática habitual dos profissionais fazerem e produzirem educação em saúde, em que os profissionais estabelecem relações com os usuários e familiares, nas quais “desconsideram a multidimensionalidade” do processo de relação interpessoal durante o processo educativo, desconsiderando também o papel ativo que os usuários podem desempenhar no processo de ensino-aprendizagem<sup>(53)</sup>. As práticas educativas em saúde, portanto, seguem um modelo autoritário e tradicional, em que os trabalhadores da saúde buscam alterar comportamentos inadequados de saúde e “a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade”<sup>(45)</sup>.

Na definição do dicionário Ação é o “ato, feito”, o “modo de proceder, comportamento”, a “faculdade ou possibilidade de executar alguma coisa”, a “disposição para agir”; e Prática é o “ato ou efeito de praticar”, a “maneira usual de agir, de fazer certas coisas”, “capacidade adquirida com a experiência”, a “execução rotineira de alguma atividade”, o “costume”<sup>(54,55)</sup>.

Percebe-se que a primeira pode se referir tanto à realização da ação quanto a sua possibilidade de execução, ou seja, pode-se inferir um planejamento prévio da ação e uma disponibilidade em realizá-la, porém não denota a sua efetiva implementação, apenas uma possibilidade. Já a segunda refere-se à ação propriamente dita, mas não ao seu prévio planejamento ou à cientificidade na aplicação das práticas. Assim, a prática pode ser considerada uma ação, mas a ação nem sempre resulta uma prática.

Apesar desta diferença, neste trabalho, as duas formas serão tratadas como sendo o ato de fazer, ou mesmo, a simples possibilidade de realizar algo ou alguma atividade, de forma usual ou não, planejada ou não.

Partindo deste conceito básico, nesta pesquisa será utilizado o termo “ação educativa em saúde” e, eventualmente, utilizar-se-á como sinônimo “prática educativa em saúde”. Há estudos<sup>(9,27,45)</sup> em que a prática e a ação educativa são tratadas da mesma forma. Ambas são entendidas como práticas sociais e dialógicas, que compreendem as relações entre sujeitos com diferentes saberes e experiências. Isso pressupõe que o sujeito possui um determinado conhecimento, não sendo um mero receptor de informações<sup>(9,46,51)</sup>.

A ação educativa é uma das principais funções do trabalho do enfermeiro<sup>(9,51)</sup>, cuja formação deveria proporcionar o domínio de conhecimentos e habilidades, entre as quais estão a escuta, a comunicação, a negociação e a noção de várias estratégias didático-pedagógicas<sup>(49)</sup>. A análise de um estudo sobre a educação em saúde voltada ao usuário e à família mostrou que alguns profissionais entendem as ações educativas como um simples meio pelo qual se repassa informações e orientações, e enfatiza que os enfermeiros, como educadores, fortalecem em suas práticas este conceito da educação tradicional<sup>(53)</sup>.

As ações educativas já não se restringem às informações, orientações e atividades meramente técnicas, nem se limitam aos espaços formais dos serviços de saúde vinculados à atenção básica<sup>(46)</sup>. Tais práticas podem ocorrer em diferentes locais, em momentos formais e planejados ou informais, como em conversas com os moradores ou durante visitas domiciliares<sup>(9)</sup>.

Desta forma, as ações educativas em saúde podem ser definidas como:

Ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou

informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos e privados<sup>(56)</sup>.

Atualmente, elas se valem de ações intersetoriais, que extrapolam a responsabilidade exclusiva do setor da saúde<sup>(53)</sup>, podendo se desenvolver em outros territórios (comunidades, escolas, creches, igrejas etc). Estas ações têm buscado novos subsídios pedagógicos que valorizam “o encontro entre pessoas com diferentes realidades culturais, sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde”<sup>(46)</sup>.

As ações educativas, baseadas no diálogo, na reflexão, na troca de saberes e na ação conjunta, favorecem a articulação entre o saber científico e o popular (senso comum)<sup>(51)</sup>. Entende-se que através da postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro por parte do profissional, dá-se possibilidade à construção compartilhada do conhecimento, de atividades educativas estimuladoras de mudanças no estilo de vida e de escolhas saudáveis – no âmbito individual e coletivo – e de formas de cuidado diferenciadas em prol da promoção da saúde<sup>(9)</sup>.

No entanto, este é um processo dinâmico e complexo, no qual a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo adotar ou não novos comportamentos em saúde<sup>(27)</sup>. Ressalta-se que os problemas de saúde, geralmente, são resultados de uma combinação de fatores sociais, culturais e econômicos experimentados no coletivo, além de depender de motivações individuais<sup>(27,50)</sup>.

Estes diferentes fatores influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis e não saudáveis, e dificultam o desenvolvimento da consciência crítica, o exercício da autonomia e a tomada de decisões baseadas apenas em informações. Por isso, as escolhas individuais não devem ser utilizadas pelos profissionais para justificar possíveis falhas nas ações educativas dos serviços de saúde, através da culpabilização do outro, uma vez que tais práticas não se

restringem a atendimentos individuais e de demanda. É preciso ter em vista que juntos vários indivíduos podem se organizar e concretizar ações de mudanças na saúde<sup>(45,50)</sup>.

Deste modo, a ação educativa em grupo nas comunidades permite ao profissional da saúde construir espaços de reflexão coletiva, desenvolver possibilidades de ação a partir do compartilhamento de saberes e experiências individuais. Portanto, a abordagem coletiva nas práticas educativas em saúde pode ser um importante instrumento de conscientização crítica dos sujeitos sobre sua realidade social, sua condição de vida e de saúde, resultando em “uma práxis (ação conjugada com reflexão) que promova a integração entre os diversos grupos e setores da sociedade”, e que busque “estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas de saúde vividos pela comunidade”<sup>(50)</sup>.

### **1.9. O problema de pesquisa e sua delimitação**

Os CS são a principal porta de entrada para as pessoas que necessitam de cuidados de saúde. Estes serviços realizam o diagnóstico e o tratamento precoce de várias doenças, desempenhando ações preventivas e de promoção à saúde<sup>(2)</sup>. Portanto, integram a rede extra-hospitalar e são ambientes que oferecem orientações de saúde à população<sup>(9)</sup>.

Como os problemas de saúde também envolvem questões de adoecimento mental<sup>(22)</sup>, o cuidado em saúde mental também está presente em todas as áreas de atuação dos enfermeiros e, muitas vezes, cabe a eles realizar o atendimento dos pacientes com algum adoecimento psíquico. Porém, estudos afirmam que a inserção da assistência em saúde mental na atenção básica é um processo em implementação e que necessita de maior efetividade, resolutividade e integração entre os serviços de saúde. Percebe-se que os profissionais de

enfermagem não estão preparados para o atendimento básico de saúde ao usuário mentalmente adoecido e, tampouco, para a realização de atividades voltadas a ele<sup>(3,12,13)</sup>.

Embora a ação educativa em saúde seja reconhecida como parte importante do trabalho da enfermagem, ainda são poucos os estudos que tratam sobre este tema na área da saúde mental<sup>(9,57,58)</sup>. Nos CS, as atividades educativas visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças são utilizadas de um modo incipiente, que estão aquém de suas potencialidades<sup>(59)</sup>, principalmente no que diz respeito à saúde mental<sup>(43,60)</sup>.

Deste modo, o problema de pesquisa deste trabalho permeia, sob o ponto de vista dos enfermeiros que trabalham nos CS, a questão da utilização das ações educativas em saúde voltadas, especificamente, para usuários com adoecimento mental e suas famílias, que também frequentam estas unidades básicas. A delimitação do problema envolve ainda a participação dos enfermeiros nestas práticas de educação em saúde dirigidas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares.

Esclarece-se que este estudo não visou realizar, nos CS, atividades de educação em saúde voltadas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares, pretendeu-se todavia entrevistar os enfermeiros que trabalhavam nestes locais para conhecer suas representações sociais sobre o uso das ações educativas em saúde para estes usuários e suas famílias bem como a participação dos enfermeiros em tais atividades de educação voltadas à saúde mental.

## **1.10. Justificativa**

Na maioria dos países, os serviços de saúde mental tendem a ocupar uma baixa prioridade na agenda de saúde pública<sup>(61,62)</sup>, sendo que o investimento dos serviços básicos aos

portadores de transtornos mentais concentra-se na terapia medicamentosa, tornando o tratamento mais longo e oneroso<sup>(30)</sup>. Os estudos também enfatizam que algumas doenças psiquiátricas podem ser prevenidas com ações que geram menos gastos ao sistema de saúde e que sejam mais efetivas, como atividades terapêuticas e educativas, que têm abordagens diferentes da psicoterapia<sup>(9,30)</sup>.

A ação de educação em saúde é, atualmente, uma das principais atividades utilizadas no tratamento de pessoas mentalmente adoecidas<sup>(17)</sup>, sendo inclusive um recurso importante para redução de custos nos diversos contextos da assistência<sup>(51)</sup>. Tal fato mostra a necessidade de ampliar os estudos sobre a utilização de ações educativas em saúde – que compõem um conjunto de atividades dos programas de educação em saúde – voltados para a área da saúde mental.

O presente estudo se justifica também pelo fato de os CS serem considerados ambientes pedagógicos potencializadores das práticas educativas em saúde<sup>(9)</sup>: são pontos estratégicos no atendimento a pacientes com diversos transtornos mentais devido à proximidade das equipes de saúde com a comunidade. Portanto, o aumento dos casos psiquiátricos atendidos nestes locais confere a estas unidades básicas um papel cada vez mais importante junto à rede de serviços à saúde mental<sup>(63)</sup>.

Outro fator importante que justifica a realização desta pesquisa é a presença de poucas produções científicas nacionais<sup>(5,22,57,64,65)</sup> que abordam, mesmo que discretamente, a questão da educação em saúde aplicada aos usuários mentalmente adoecidos e suas famílias, tendo como cenário principal o CS – ou, pelo menos, ligação com o CS – e não os serviços específicos de atendimento à saúde mental, como os CAPS.

Um estudo<sup>(3)</sup> identificou as práticas em saúde mental do enfermeiro na ESF de um município da região nordeste, apontando as seguintes: visitas domiciliares, consultas,

encaminhamentos, entrega de medicação, atendimento ambulatorial, terapia comunitária, levantamento de dados e até a não realização de atividades voltadas à área. Os resultados desta pesquisa sequer revelaram a existência de ações educativas em saúde mental. Outros estudos indicaram resultados muito semelhantes, em que as ações da enfermeira em relação à saúde mental limitavam-se à visita domiciliar, ao encaminhamento para os serviços especializados e à orientação aos agentes comunitários de saúde para a realização de busca ativa; ou simplesmente não havia ações para estes pacientes<sup>(12,66)</sup>.

Faz-se necessário, então, uma maior compreensão sobre a utilização de atividades educativas em saúde na atenção básica, sob o ponto de vista dos enfermeiros, a fim de se produzir informações que depois sejam úteis para a sua prática assistencial e educativa.

Esta limitação de estudos sobre o assunto também mostra a necessidade de buscar novos conhecimentos que possam: subsidiar as reflexões dos profissionais a respeito do papel que têm desempenhado frente ao usuário em questão; ampliar os conhecimentos sobre as atividades de educação à saúde mental desenvolvidos nos CS, e sobre as formas de participação dos enfermeiros em tais ações (como consultas, atendimento individual ou em grupo e outras ações de saúde existentes); fornecer dados que auxiliem o enfermeiro no desenvolvimento e aprimoramento das práticas educativas em saúde mental; estimular um planejamento mais sistemático das intervenções educativas e a busca por novas estratégias pedagógicas a serem utilizadas tanto nas práticas educativas dos serviços como no ensino de formação acadêmica.

O trabalho poderá, ainda, reforçar a importância dos profissionais romperem com os estereótipos que possuem da doença mental, para que sejam capazes de desenvolver atividades educativas que respeitam e atendam as necessidades dos usuários mentalmente adoecidos e familiares, sem julgá-los em seus comportamentos.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**



O referencial teórico que embasará esta pesquisa é a Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada pelo psicólogo social francês Serge Moscovici. Este autor colocou a psicologia social entre a psicologia e as ciências sociais, ou seja, em um espaço onde ocorrem fenômenos de dupla natureza, a psicológica e a social. Cabe à psicossociologia “penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e seus mecanismos internos”<sup>(67)</sup>.

Conceituar Representação Social é difícil até para aqueles que a promovem. Segundo Moscovici, as representações são socialmente elaboradas e compartilhadas por meio da comunicação entre pessoas e grupos, contribuindo para a construção de uma realidade social<sup>(68)</sup>. Trata-se de uma forma de conhecimento que se constitui a partir de percepções advindas do senso comum e que se manifesta como elemento cognitivo<sup>(69,70)</sup>.

As representações sociais são elementos simbólicos que as pessoas expressam pela linguagem ou ações, a partir dos quais é possível inferir os pensamentos, as percepções e as opiniões dos sujeitos sobre determinado fato ou objeto. Nesse método as respostas individuais manifestam as tendências de um determinado grupo, construindo uma visão de consenso da realidade que se reflete nas diferentes práticas sociais<sup>(69,70)</sup>.

As representações possuem duas funções: a) a transformação de objetos, pessoas ou acontecimentos em algo convencional, ou seja, coloca-se uma representação em um determinado modelo, ou categoria, socialmente conhecido e presente na realidade, compartilhando-a com um grupo de pessoas; b) as representações são prescritivas, isto é, elas são impostas, transmitidas através da linguagem e das tradições culturais por várias gerações. As experiências e ideias passadas continuam circulando e influenciando o pensamento atual das pessoas de uma sociedade<sup>(68)</sup>.

Esse caráter convencional e prescritivo das representações sociais favorece a formação de duas classes distintas de universos de pensamentos: o consensual e o reificado<sup>(67,68)</sup>.

O universo consensual refere-se à realidade coletiva, onde são produzidas as representações sociais. Neste ambiente há a interação entre pessoas, o compartilhamento de “teorias do senso comum”<sup>(67)</sup>. Os objetos e acontecimentos são explicados de modo acessível a qualquer pessoa<sup>(67,68)</sup>.

No universo consensual existe a preocupação de tornar algo incomum em comum. Tenta-se aproximar o desconhecido daquilo que se conhece, dando-lhe significado e “re-apresentando-o” à sociedade. Ao fazer isso, imediatamente, um objeto, pessoa ou acontecimento é julgado e classificado de acordo com os valores presentes na sociedade<sup>(68)</sup>.

O universo reificado é onde circulam e são produzidas as ciências e o pensamento erudito<sup>(Sá, 2004)</sup>. Neste ambiente, os objetos e acontecimentos devem ser compreendidos de modo imparcial, isolados, com precisão intelectual e evidência empírica<sup>(68)</sup>.

Portanto, a ciência busca transformar o comum em incomum. Assim, os cientistas reconstróem racionalmente fatos e ideias conhecidos, tentando romper com o senso comum<sup>(68)</sup> ou entender sua formação.

Entende-se, portanto, que os universos consensuais, onde estão as representações sociais, provêm dos universos reificados<sup>(67)</sup>. Como as representações visam tornar o não familiar em familiar, é importante descobrir as características não familiares que originaram tais representações<sup>(68)</sup>.

As representações sociais são formadas por dois processos básicos de pensamento: objetivação e ancoragem. Esses são mecanismos baseados na memória e em conclusões passadas, transformando objetos não familiares em familiares<sup>(67,68)</sup>.

A objetivação é o processo em que ocorre a materialização do objeto abstrato, tornando-o concreto e conferindo-lhe uma forma específica já existente na realidade<sup>(67,68,71)</sup>. Segundo Moscovici, “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é

reproduzir um conceito em uma imagem”. Portanto, a objetivação une uma ideia não familiar à realidade: a ideia é percebida como um universo intelectual e depois se torna algo físico e acessível<sup>(68)</sup>.

A objetivação “cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam”<sup>(69)</sup>.

Assim, o estudo das representações sociais deve buscar os constituintes do seu núcleo central, que é um desdobramento da objetivação, sendo o elemento que determina o significado e a organização interna de uma representação social. Esta, por sua vez, se solidifica no âmbito do núcleo central, “a partir da vinculação de ideias, de mensagens de homogeneização reificadas, as quais são mediadas pela realização de ações concretas e, basicamente, resistentes a mudanças”<sup>(69)</sup>.

Já a ancoragem é o processo em que objetos estranhos e abstratos – ideias, acontecimentos, pessoas – são comparados e interpretados, a fim de classificá-los em categorias e rotulá-los como algo inteligível e pré-existente na realidade coletiva. Assim, é possível reproduzi-los como um modelo social<sup>(67,68)</sup>. Trata-se do enraizamento social da representação e de seu objeto<sup>(67)</sup>.

A ancoragem tem como desdobramento o sistema periférico, sendo muito importante no desenvolvimento da consciência individual de diferentes pessoas, pois forma a parte operacional e concreta do núcleo central. A ancoragem (o sistema periférico) é o “processo de integração cognitiva do objeto representado para um sistema de pensamento social preexistente e para as transformações, histórica e culturalmente situadas, implícitas em tal processo”. O sistema periférico pode reconstruir ou manter uma representação social<sup>(69)</sup>.

Para Moscovici a representação é “um sistema de classificação e denotação, de alocação de categorias e nomes”<sup>(68)</sup>. Na classificação predomina a parcialidade, não há neutralidade, pois são utilizados paradigmas anteriores, presentes na memória das pessoas. Assim, no momento da categorização, cada objeto adquire um valor positivo ou negativo na sociedade<sup>(67,68)</sup>.

Vale destacar que houve uma tentativa de aproximar-se da TRS, pois se trata de uma teoria muito complexa para ser totalmente dominada no pouco tempo que se tem disponível para a realização desta pesquisa. Contudo, espera-se que com o emprego da TRS seja possível entender o quanto as representações sociais dos enfermeiros podem interferir de alguma forma na prática desses profissionais, como a participação na elaboração e no desenvolvimento de ações voltadas para os usuários com adoecimento psíquico e para seus familiares na rede básica.

### **3. PRESSUPOSTOS**



Por meio de levantamento bibliográfico realizado sobre este tema e das experiências vivenciadas, e descritas anteriormente, no curso de graduação em Enfermagem, estabeleceu-se os seguintes pressupostos:

1º) As representações sociais dos enfermeiros sobre a educação em saúde a usuários mentalmente adoecidos e seus familiares permeiam a noção de que nos CS o uso de atividades de educação para esses usuários é escasso. O potencial educativo das unidades básicas não é adequadamente aproveitado no que diz respeito ao atendimento dos usuários mentalmente adoecidos e das suas famílias, pois se entende que há um despreparo das equipes em lidar com tais casos e uma excessiva delegação de responsabilidades, seja para outros profissionais (especialistas ou generalistas), seja para outros serviços especializados.

2º) As representações sociais dos enfermeiros sobre seu papel como educador em saúde com enfoque nas ações educativas relativas à saúde mental permeiam a ideia de que há uma participação mínima ou nula do enfermeiro no planejamento, na implementação e na execução de atividades educativas em saúde voltadas para a área da saúde mental no âmbito dos CS e dirigidas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares.



## **4. OBJETIVOS**



## Objetivos

- Analisar as representações sociais do enfermeiro sobre a utilização de ações educativas em saúde para os usuários adoecidos mentalmente e seus familiares na atenção básica à saúde;
- Analisar as representações sociais do enfermeiro a respeito de sua participação nas ações educativas, principalmente como educador em saúde, voltadas aos usuários adoecidos mentalmente e seus familiares, na atenção básica à saúde;



## **5. METODOLOGIA**



Métodos de pesquisa são técnicas ou estratégias utilizadas para sistematizar o desenvolvimento do estudo e organizar os dados obtidos no contexto pesquisado. A metodologia escolhida deve estar, necessariamente, vinculada a uma “perspectiva teórica”<sup>(72)</sup> que esteja coerente com o tema ou objeto da investigação<sup>(73)</sup>.

No âmbito da saúde, vários tipos de métodos qualitativos podem ser utilizados para abordar os fenômenos sociais como os estudos de caso, etnográficos, fenomenológicos e outros<sup>(72)</sup>.

Neste estudo, porém, optou-se por não empregar um método específico da abordagem qualitativa. Utilizou-se, desta metodologia, as características essenciais de um modo mais abrangente, adotando uma proposta qualitativa mais aberta, mas não menos sistemática, que permita à pesquisadora, ao longo da pesquisa, estruturar o plano de estudo, direcionando-o aos seus objetivos<sup>(74)</sup> e permitindo a compreensão da percepção dos enfermeiros sobre a utilização de atividades educativas em saúde mental nos CS.

Entretanto, deve-se atentar para os riscos envolvidos nesta escolha metodológica geral. Cabe ao investigador atender às exigências científicas necessárias para dar confiabilidade e validade ao trabalho e isso depende da forma como o pesquisador apresenta seu estudo e como utiliza os conceitos teóricos adotados<sup>(74)</sup>.

Assim sendo, este é um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas das percepções<sup>(75)</sup> atribuídas por enfermeiros sobre a utilização da educação em saúde na área de Saúde Mental.

A pesquisa qualitativa é definida como:

Multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística sobre o tema em questão. Assim, seus pesquisadores estudam os objetos da investigação em seu cenário natural, tentando dar sentido ou

interpretar os fenômenos conforme o significado que as pessoas atribuem a eles<sup>(76)</sup>.

O estudo qualitativo enfatiza o processo e os significados que não são mensurados quantitativamente<sup>(76)</sup>. É geralmente conduzido em um cenário natural, no contexto em que o fenômeno ou uma parte dele ocorre<sup>(77)</sup>, ou seja, os pesquisadores estudam as pessoas em seus ambientes naturais e não artificiais, não tentam controlar variáveis externas, ou as situações que estão ocorrendo no local de estudo, uma vez que é importante explorar todos os aspectos do problema<sup>(72,77,78)</sup>.

É um método útil para descrever fenômenos de uma perspectiva êmica, isto é, sob a perspectiva do sujeito da pesquisa<sup>(77)</sup>. Não se pretende compreender os fenômenos pela ótica do pesquisador, este deve se esforçar para despir-se de preconceitos ou ideias pré-concebidas e deve “aprender o modo de pensar do sujeito, mas não pensar como ele”. Ser empático e reflexivo<sup>(74)</sup>, com o objetivo de compreender “a lógica interna do grupo ou do processo em estudo”<sup>(73)</sup>.

Este método mostra-se adequado ao estudo de grupos bem definidos, pois seu objetivo é interpretar os fenômenos que as pessoas fazem de suas próprias representações, percepções e opiniões, dentro do seu contexto, uma vez que este influencia diretamente as ações e o comportamento humano. Deste modo, busca-se entender os aspectos subjetivos e simbólicos da realidade social<sup>(72-74,78)</sup>. As relações que se estabelecem entre o subjetivo e o coletivo favorecem a construção das representações sociais como um conhecimento cognitivo com aspectos inconscientes e emocionais<sup>(71)</sup>.

A primeira interpretação da investigação é realizada pelos próprios sujeitos da pesquisa no nível do senso comum. Cabe ao pesquisador, principal instrumento da coleta de dados, compreender essa lógica interpretativa<sup>(73,74)</sup>, procurar, através da conversação e/ou observação,

descrever minuciosamente as opiniões e contradições dos sujeitos, para realizar uma análise aprofundada das informações obtidas<sup>(74)</sup>.

Neste caso, entende-se que o processo predomina sobre os resultados. A preocupação é registrar os significados dados por diferentes pessoas acerca do objeto de estudo e encontrar nas suas verbalizações um senso comum<sup>(72,74)</sup>. Estes fenômenos são compreendidos e desenvolvidos de forma indutiva, isto é, os pontos principais do estudo (pressupostos e teorias) são percebidos à medida que os dados são, concomitantemente, coletados e analisados<sup>(74,77)</sup>.

Assim, a abordagem qualitativa pode ser utilizada quando se conhece pouco sobre um fenômeno, ou quando a questão de pesquisa se refere à compreensão ou descrição de um evento particular pouco conhecido<sup>(77)</sup>. Portanto, “é um método que permite a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e categorias”<sup>(73)</sup>.

Entende-se que o método aliado a um fundamento teórico permite descobrir fenômenos sociais desconhecidos, rever ou elaborar novos conceitos e categorias<sup>(73)</sup>, fornecer os subsídios teórico-metodológicos necessários para que o investigador – a partir dos dados empíricos obtidos no local de estudo – analise, compreenda e informe, com propriedade, os resultados de sua pesquisa<sup>(72)</sup>.

Com a utilização da TRS é possível identificar os valores e as concepções, manifestados na fala de um grupo de indivíduos sobre as situações sociais que vivenciam<sup>(71)</sup>.

Deste modo, os elementos básicos da abordagem qualitativa em conjunto com alguns pontos da estrutura teórica das representações sociais apresentam aspectos conceituais teóricos e metodológicos suficientes para descrever, inferir e interpretar mais densamente as ideias e crenças dos enfermeiros, a partir dos relatos verbais sobre suas reais e efetivas ações educativas em saúde voltadas aos usuários adoecidos mentalmente e aos seus familiares, em um local não especializado (CS).

## 5.1. Local do estudo

O local do estudo abrangeu alguns CS do município de Campinas, situado no interior do Estado de São Paulo, cuja população é de 1.080.113 habitantes, e tem uma área territorial de 794.004 Km<sup>2</sup> (79).

A escolha deste campo de investigação ocorreu por tratar-se de uma cidade que no cenário nacional se destaca na área da Saúde Mental, devido a sua história pioneira nos processos da RP, e porque desde a década de 1970, as equipes de saúde mental deste município foram inseridas nas equipes dos CS, atuando como referência à especialidade e apoiando a atenção integral da equipe generalista<sup>(6,63)</sup>. Porém, apenas um terço das equipes dos CS do município possuem profissionais de saúde mental, que são representados por médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais (TO)<sup>(80)</sup>.

Frisa-se também que os CS do município de Campinas seguem efetivamente o modelo de atenção à saúde baseado na ESF. Embora o site da Prefeitura da cidade não mencione esta informação, pela composição das equipes das unidades básicas de saúde informadas no site e pelo conhecimento da pesquisadora baseado nas vivências experimentadas em tais serviços pode-se inferir que se trata realmente de um modelo assistencial baseado na ESF.

A cidade possui 61 CS, distribuídos em cinco regiões (Norte, Sul, Leste, Sudoeste, Noroeste)<sup>(80)</sup>. Por se tratar de um campo de estudo muito grande, delimitou-se a região da pesquisa, escolhendo as regiões Norte e Leste.

A princípio, determinaram-se algumas possibilidades de CS das duas regiões para a realização da coleta, selecionando um número mínimo de seis para cada região. A intenção não

foi realizar entrevistas em cada um dos CS pré-selecionados, mas apenas ampliar as opções quanto aos locais e à população alvo do estudo.

Tal procedimento também foi necessário para facilitar o acesso em relação ao transporte, o que otimizaria o período da coleta de dados, uma vez que reduziria o tempo de deslocamento entre um local e outro. Além disso, alguns CS destas regiões já eram conhecidos da pesquisadora, na época em que cursava a graduação em enfermagem. Portanto, havia já certa familiaridade com alguns locais, cujos profissionais apresentam boa receptividade às atividades de pesquisas que neles são desenvolvidas.

Deste modo, participaram da pesquisa efetivamente quatro unidades, sendo três da região Norte e uma da Leste. Isto ocorreu devido à delimitação da amostra por saturação de conteúdo das entrevistas realizadas.

Nos quatro CS obteve-se a autorização verbal da coordenação da unidade para entrar em contato com a população alvo da pesquisa. Após este primeiro contato, entregou-se pessoalmente um resumo do trabalho, com as questões norteadoras e o parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e da carta de autorização da pesquisa emitida pela Secretaria de Saúde do município.

Destaca-se que a seleção das unidades foi intencional, e não foi considerada, a priori, a distinção entre os serviços que possuíam ou não equipe de saúde mental, tampouco se verificou, previamente, a existência ou ausência de atividades voltadas para usuários adoecidos mentalmente e seus familiares, bem como a presença ou não de equipe de saúde mental.

## 5.2. População e amostra

A população pode ser distinguida em população-alvo e população de acesso. A primeira é composta por todos os sujeitos que interessam à pesquisa; já a segunda refere-se àqueles que estão de acordo com os “critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador”, a partir da qual se extrai a população do estudo, e desta, a amostra de sujeitos que fará parte da pesquisa<sup>(81)</sup>.

Nesta pesquisa a população alvo foi constituída por enfermeiros que atuam nos CS do município de Campinas.

Já a amostra final foi composta por 12 enfermeiros que trabalhavam nos CS do município, no período da coleta de dados ocorrida entre 29 de setembro a 17 de novembro de 2011, portanto, aproximadamente um mês e meio ou cinquenta dias.

A amostragem foi intencional, ou seja, os respondentes foram selecionados, propositalmente, com base nas características da população do estudo<sup>(81)</sup>.

Na abordagem qualitativa o “critério de representatividade da amostra não é numérico”. O importante é que o local e os informantes selecionados contenham as experiências e expressões que atendam aos objetivos da pesquisa. Neste caso, a amostra ideal considera um número suficiente de sujeitos sociais, para permitir a reincidência das informações<sup>(81)</sup>.

Assim, o tamanho da amostra foi estabelecido durante a coleta de dados pelo critério de saturação, ou seja, quando a leitura das entrevistas revelou a repetição dos dados obtidos, a coleta foi suspensa, uma vez que as informações fornecidas pouco acrescentariam ao material já coletado e não interfeririam significativamente na análise dos dados<sup>(82)</sup>. Para demonstrar a transparência da técnica de amostragem utilizada, este trabalho baseou-se em um estudo<sup>(83)</sup>

que propôs um modo de sistematizar e expor o tratamento e a análise dos dados coletados por saturação na pesquisa qualitativa. Realizou-se, portanto, uma organização muito semelhante (Apêndice 1).

Como critério de inclusão os sujeitos deveriam mostrar interesse em participar da pesquisa e aceitar fazer parte do estudo mediante assinatura formal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP; e trabalhar no CS por um tempo maior ou igual a seis meses. Estabeleceu-se este período por acreditar que é necessário um tempo de atuação do enfermeiro no CS para que ele possa conhecer o serviço e a comunidade, visando a implementação de ações educativas com base nas necessidades da população de sua área de abrangência.

O critério de exclusão envolvia os informantes que durante o período da coleta de dados estivessem com algum tipo de afastamento, como licença saúde ou maternidade; ou que manifestassem a desistência na participação da pesquisa, mesmo após a formalização do consentimento através do TCLE. Entretanto, nenhum dos participantes abordados foi excluído do estudo.

### **5.3. Técnicas e instrumentos de coleta de dados**

A técnica para coleta de dados foi a entrevista individual com roteiro de perguntas semiestruturadas.

“As entrevistas são um método de coleta de dados em que um entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa”<sup>(75)</sup>. Na pesquisa qualitativa é uma técnica importante para obter informações subjetivas, pois a comunicação verbal pode revelar valores,

opiniões, atitudes e transmitir as representações de grupos específicos, num dado contexto histórico, cultural, social e econômico<sup>(73)</sup>.

Além disso, a entrevista permite ao entrevistador esclarecer o significado das perguntas, observar o nível de cooperação da pessoa que responde, bem como a expressão corporal, o tom de voz e a ênfase que o entrevistado confere às suas respostas<sup>(75,84)</sup>.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas (não estruturadas), permitindo que o informante discorra livre e espontaneamente sobre o tema proposto. Tal característica enriquece o estudo, uma vez que os fenômenos são descritos, explicados e compreendidos em sua totalidade<sup>(73,85)</sup>.

Na entrevista semiestruturada o objetivo principal é esclarecer as percepções que os respondentes possuem acerca do fenômeno estudado, sem impor-lhes a visão do pesquisador<sup>(81)</sup>. O investigador deve atuar de forma consciente, permitindo a expressão livre do informante sobre determinado tema, mas quando este se desviar do assunto original cabe ao pesquisador retomá-lo<sup>(85)</sup>.

Para caracterizar os sujeitos do estudo e traçar o perfil da amostra foi elaborado um formulário com questões descritivas. Para orientar a entrevista, elaborou-se, como instrumento, um roteiro (Apêndice 2) que continha questões norteadoras, visando apreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa<sup>(73)</sup>.

O roteiro de entrevista continha perguntas básicas que atendiam os objetivos da pesquisa. Tratou-se de um guia para colocar o informante dentro do foco da pesquisa e que buscou ampliar e aprofundar o material produzido durante a entrevista<sup>(73,85)</sup>.

Para saber se as perguntas estavam compreensíveis e adequadas, aplicou-se o pré-teste do instrumento com dois enfermeiros que atuavam em um CS da região norte e, portanto, possuíam características semelhantes à população-alvo<sup>(75)</sup>.

O propósito do pré-teste foi detectar a clareza dos enunciados e a ausência de tendenciosidade nas perguntas; verificar se as respostas obtidas forneciam as informações necessárias para atingir os objetivos da pesquisa; estimar o tempo aproximado de duração da entrevista; preparar o entrevistador e identificar outros problemas no instrumento e equipamento<sup>(81)</sup>.

Portanto, o pré-teste (Apêndice 3) foi realizado com dois enfermeiros, cujas respostas revelaram questões interessantes e adequadas aos objetivos propostos pela pesquisa, sendo consideradas suficientes para analisar a eficácia do instrumento após avaliação conjunta com o orientador. Entretanto, para adequar o instrumento de pesquisa à coleta de dados pretendida, após o pré-teste realizaram-se poucas mudanças: acrescentou-se uma questão relacionada à visão dos enfermeiros sobre a ação educativa em saúde e foram feitos alguns ajustes nas perguntas norteadoras para deixá-las mais claras e melhor captar a percepção e a visão dos entrevistados sobre o tema.

Neste estudo, a observação do participante ocorreu apenas durante o período das entrevistas, ou nos momentos iniciais e finais que, respectivamente, as precederam ou sucederam. Não foi realizado nenhum outro tipo de observação em decorrência da pouca disponibilidade de tempo para executar a coleta de dados e porque seria necessário observar mais de um campo de estudo por um período significativamente maior do que o previsto para a realização das entrevistas.

#### **5.4. Procedimentos de coleta de dados**

Os primeiros contatos com os locais de estudo para apresentação do projeto foram estabelecidos via telefone. Em todos os casos estabeleceu-se contato inicial com a

coordenação do CS solicitando autorização para a realização das entrevistas. Em apenas um deles, o primeiro da coleta, foi combinado antecipadamente com a coordenação a entrega de um resumo do trabalho, do instrumento de pesquisa, das cópias do TCLE, do parecer de aprovação do CEP e da carta de autorização concedida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A partir daí, nos demais CS também foi fornecido – antes ou no dia das entrevistas – tais documentos à coordenação, mesmo quando os mesmos não tinham sido solicitados.

As aproximações com os sujeitos de pesquisa em potencial e o agendamento ocorreram ou por intermédio do(a) coordenador(a) e/ou por uma das enfermeiras do serviço. Mas, na maioria das vezes, os coordenadores davam autorização verbal para a realização da pesquisa no CS e solicitavam que a apresentação fosse feita diretamente com cada enfermeiro para agendar dia e horários disponíveis para fazer as entrevistas. As participações dos enfermeiros foram efetivadas no dia das entrevistas, após leitura e assinatura do TCLE.

Todo o processo da coleta de dados (incluindo as tentativas de primeiro contato com a coordenação, as negociações para o agendamento das entrevistas até o dia da entrevista e sua efetiva realização) levou em média duas semanas. Por isso, as negociações para entrada no campo eram feitas de forma simultânea, visando otimizar o período da coleta de dados.

Todas as entrevistas, exceto uma, foram realizadas em ambiente reservado dos CS, entretanto, em algumas houve interrupções ora de algum funcionário do serviço ora do celular do participante. Uma única entrevista não foi realizada em local privativo, devido à indisponibilidade de salas livres no serviço naquele momento, obrigando a realização da entrevista em local aberto e pouco movimentado, mas, ainda assim, sujeita aos mais diversos ruídos e a maiores chances de interrupções, o que acabou ocorrendo apenas uma vez. Entretanto, tal inconveniente não prejudicou a realização da entrevista e nem gerou inibição por parte da entrevistada no fornecimento de informações e opiniões.

No estudo qualitativo é importante verificar as circunstâncias em que os dados serão coletados, como uma forma de minimizar possíveis tendenciosidades. Por isso, durante a entrevista, buscou-se, sempre que possível, um ambiente tranquilo, confortável e que garantisse a privacidade do participante<sup>(81)</sup>.

As entrevistas foram gravadas em áudio e ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora. Optou-se pela gravação, pois ela permite acessar todo o material fornecido verbalmente pelo participante. Após a realização das entrevistas, as respostas foram transcritas pela investigadora na íntegra, corrigindo erros da língua portuguesa, tendo o cuidado de não modificar as características básicas do texto e de seu significado expresso. Este processo permitiu realizar anotações gerais sobre as atitudes não verbais do entrevistado (gestos, expressões faciais), ajudando a enriquecer o material coletado<sup>(85)</sup>. Ressalta-se, contudo, que na discussão dos dados, realizou-se a edição de alguns trechos dos discursos para que não ficassem longos e repetitivos, porém tomou-se o mesmo cuidado realizado na transcrição inicial dos dados para não modificar o significado das falas.

O roteiro de entrevista continha duas partes, sendo a primeira um formulário de caracterização do perfil da amostra com os seguintes dados: nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, instituição de formação acadêmica, ano de conclusão, cursos de especialização ou pós-graduação, tempo de atuação como enfermeira, locais de trabalho atuais, período e horas de trabalho, tempo de trabalho no CS, e se havia trabalhado em outros serviços de saúde.

As questões apresentadas acima iniciaram o roteiro de entrevista por serem pertinentes ao estudo, e também por permitirem ao entrevistado se expressar com maior propriedade e de maneira gradual, informando aspectos que ele domina amplamente<sup>(85)</sup>. Tais perguntas estabelecem o *rapport* (quebra de gelo) entre entrevistado-entrevistador<sup>(84)</sup> e,

consequentemente, permite ao longo da entrevista a obtenção de informações importantes para o estudo, favorecendo o aprofundamento da discussão<sup>(73)</sup>.

Assim, é fundamental que durante a entrevista seja estabelecida uma relação de confiança mútua entre pesquisador e sujeito da pesquisa. Quando esta relação intersubjetiva alcança um bom nível de empatia e respeito, há maior possibilidade de se obter dados relevantes e potencialmente fidedignos<sup>(85)</sup>.

Para obter esta relação de confiança algumas atitudes foram importantes: garantir e reiterar os preceitos éticos da pesquisa como o anonimato do entrevistado, apoiar suas afirmações e mostrar-se receptivo às suas formas de perceber o fenômeno estudado<sup>(85)</sup>.

Já a segunda parte do roteiro foi composta pela entrevista semiestruturada, cujas questões norteadoras abordaram percepções sobre doença mental e o atendimento em saúde mental nos CS; a visão ou compreensão sobre a ação educativa em saúde e a utilização de tais ações voltadas para os usuários adoecidos mentalmente e seus familiares no âmbito dos CS, bem como a participação do enfermeiro nas práticas educativas, principalmente na saúde mental. O instrumento também permitiu que os participantes manifestassem outros tipos de comentários ou sugestões que julgassem importantes para a discussão do assunto abordado.

Além das perguntas previamente elaboradas, sempre que necessário, acrescentava-se perguntas para esclarecer as informações já fornecidas, para tentar explorar melhor determinado assunto ou ainda para redirecionar o entrevistado ao foco da pesquisa.

Todo esse processo de entrevista ocorreu em uma etapa única, na qual se realizou o levantamento dos dados referentes às características da população envolvida (primeira parte do roteiro), seguida da entrevista com as questões semiestruturadas (segunda parte).

Nesta pesquisa as entrevistas duraram em média, aproximadamente, 26 minutos. A mais curta durou 12 minutos e a mais longa, 34 minutos. Segundo a literatura, “uma entrevista que se prolongue muito se torna repetitiva e se empobrece consideravelmente”<sup>(85)</sup>.

As entrevistas ocorreram no período de setembro a novembro de 2011. O tempo total das entrevistas foi de 5 horas e 22 minutos. As transcrições totalizaram 98 páginas com tipo de fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margem esquerda 3 cm e demais margens 2 cm, espaçamento entre linhas 1,5.

### **5.5. Procedimentos para análise dos dados**

Para efeito de exposição e organização dos dados e para garantir o anonimato dos sujeitos e seus respectivos locais de trabalho, a identificação de cada participante foi feita pela letra “E”, referente à inicial da palavra “enfermeiro”, seguida da numeração arábica em ordem crescente e cronológica de realização das entrevistas até atingir o número total de participação: E1, E2, E3 e assim sucessivamente até E12. Já os CS foram identificados pelas siglas CS-A, CS-B, CS-C e CS-D.

Destaca-se que na discussão dos dados os sujeitos de pesquisa serão tratados pela denominação de “enfermeiros”, no gênero masculino, independente da predominância do gênero na composição da amostra. Optou-se por esta convenção para seguir a coerência do referencial teórico utilizado, pois a Representação Social sempre busca a representação de um grupo, portanto neste trabalho o termo enfermeiro representa a categoria dos profissionais enfermeiros que atuam na atenção básica.

As entrevistas foram gravadas em áudio e as respostas transcritas na íntegra, corrigindo alguns erros da língua portuguesa, mas sem modificar as características básicas do texto e de seu significado expresso.

Para o tratamento das informações optou-se pela análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin, especificamente, a técnica da análise categorial do tipo temática. Entende-se a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>(86)</sup>.

Portanto, a análise de conteúdo é utilizada para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto e latente das comunicações<sup>(67,77)</sup>. Neste estudo, o objeto da análise é a fala, que é um meio individual de manifestação da linguagem, através da qual o pesquisador busca a realidade “escondida” atrás da mensagem falada<sup>(86)</sup>.

Entretanto, o importante aqui não é descrever o conteúdo, e sim obter os saberes que serão deduzidos a partir dele. O objetivo deste tipo de análise é inferir os “conhecimentos relativos às condições de produção” ou “variáveis inferidas” para aí sim interpretá-los. A análise de conteúdo busca articular a “superfície dos textos” ou algumas de suas características, com os fatores que as determinam, isto é, busca-se a “correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados”<sup>(86)</sup>.

Então, para realizar a análise de conteúdo deve-se, de um modo geral, seguir os seguintes passos: a “descrição” das características resumidas e analisadas do texto; a “inferência”, que é a dedução lógica do conhecimento e que vai permitir a realização do último

passo, a “interpretação”, que são os significados que vão além da decifração normal, aqueles de natureza psicológica, sociológica, entre outras, encontrados na fala do sujeito<sup>(86)</sup>.

Já a análise temática, ou investigação dos temas, é uma das possibilidades de categorização existentes na técnica de análise categorial e uma das mais utilizadas na análise de conteúdo. O tema é geralmente utilizado como base para analisar opiniões, atitudes e crenças<sup>(86)</sup>. Trata-se de um recurso que busca identificar as unidades de significação presentes no discurso, a fim de encontrar temas que denotam valores e modelos de comportamento<sup>(73)</sup>.

Assim, os dados das entrevistas serão submetidos às seguintes fases da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos<sup>(86)</sup>.

Na pré-análise há a organização do material, uma sistematização inicial dos dados para desenvolver um plano de análise preciso. Esta organização é realizada através da leitura fluente das entrevistas, da determinação do corpus de investigação, da formulação de hipóteses e objetivos, da elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final e da preparação resumida do material<sup>(86)</sup>. Nesta fase ocorre a apreensão das ideias e dos significados de forma geral<sup>(73,85,87)</sup>.

Na exploração do material há a codificação sistemática dos dados brutos do texto a partir da seleção ou “recorte” das unidades de significados, de forma a elaborar os temas que serão classificados e agregados<sup>(86)</sup> de acordo com os objetivos da pesquisa, os indícios levantados pela leitura do material e as fundamentações teóricas. Estas unidades de análise temática são recortadas do texto e podem incluir palavras, sentenças, frases ou parágrafos. Entretanto, além do uso de recursos dedutivos, faz-se importante utilizar o processo indutivo de análise dos temas<sup>(73,85,87)</sup>.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação há o processo de categorização, no qual os conteúdos da entrevista são classificados segundo seus níveis de semelhança e diferenciação<sup>(88)</sup>. Posteriormente, estes elementos são reagrupados, devido à presença de características comuns<sup>(87)</sup>. A presença de resultados significativos e válidos, devido à sistematização dos dados realizada nas etapas anteriores, permite inferências e interpretações a respeito dos objetivos da pesquisa<sup>(86)</sup>, visando uma compreensão mais profunda e até inesperada das unidades de significados encontradas<sup>(87,88)</sup>.

Nesta pesquisa, optou-se pela categorização não apriorística dos temas, ou seja, eles emergem do contexto das respostas dos sujeitos. Tal escolha segue as características da última etapa da análise de conteúdo, pois exige que os temas do fenômeno investigado sejam submetidos a um constante processo de análise, relacionando as inferências e interpretações do pesquisador à teoria que fundamenta o estudo<sup>(73,85,87)</sup>, no caso, a TRS, de Moscovici.

Após os passos apresentados foi realizada a avaliação da análise dos dados através da validação externa, feita pela técnica de triangulação por pares, que ocorreu por meio da apresentação dos resultados em fóruns de discussão e pesquisa (membros do grupo Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde - NUPEQS), de maneira informal e contínua, à medida que os dados eram coletados; e por meio da auditoria de peritos da área, realizada de modo formal após a coleta e análise dos dados<sup>(81)</sup>, principalmente pelo orientador deste estudo e por uma doutoranda, membro do NUPEQS e mestre em enfermagem, que utilizou em sua dissertação<sup>(89)</sup> o mesmo referencial teórico desta pesquisa e apresentou quadros de pré-análise e exploração do material que serviram de modelo para este trabalho.

Assim, para conferir transparência à investigação e apresentar uma ideia aproximada de como ocorreu o processo de análise dos dados coletados, o Apêndice 4 apresenta doze quadros da pré-análise e da exploração do material obtidos nas entrevistas e que foram

apresentados aos peritos da área já mencionados. Os quadros mostram uma síntese dos resultados da exploração do material coletado. Na primeira coluna há as categorias trabalhadas, a segunda refere-se aos índices ou temas encontrados na verbalização dos entrevistados. A terceira mostra os indicadores ou recortes temáticos das falas dos participantes que levaram à elaboração dos temas apresentados na coluna anterior, além de conter a formulação de algumas hipóteses para as ancoragens e as objetivações utilizadas.

Também foi utilizada a técnica de reflexividade, ou seja, a pesquisadora manteve um diário pessoal durante o período de coleta e análise de dados para registrar suas reações e impressões diante das situações decorrentes do processo de pesquisa, especificamente, sobre os contatos com o campo de estudo e sobre a realização das entrevistas. A ideia foi expor os vieses pessoais e intelectuais para melhorar a credibilidade das informações coletadas e analisadas<sup>(72)</sup>.

## **5.6. Procedimentos éticos relacionados à pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 196/96), que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(90)</sup>.

O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo CEP da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/FCM - UNICAMP), no dia 19 de maio de 2011, sob o parecer de número 224/2011 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0168.0.146.000-11, e pelo Centro de Estudos do Trabalhador da Saúde (CETS), por meio de carta de autorização expedida pela Secretaria de Saúde do município de Campinas, em 15 de março de 2011 (Anexos 1 e 2).

Todos os participantes que aceitaram fazer parte do estudo assinaram o TCLE (Apêndice 5), recebendo uma cópia do mesmo, sendo que o original ficou com a pesquisadora responsável pelo estudo.

Foram respeitados todos os princípios éticos necessários para o desenvolvimento deste estudo. A seguir, destacam-se aqueles considerados mais relevantes: autonomia, beneficência e justiça<sup>(75)</sup>.

**Autonomia:** os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente, se querem ou não participar de um estudo, sem o risco de qualquer penalidade ou prejuízos. Os sujeitos têm o direito de decidir, a qualquer momento, encerrar sua participação, recusar-se a dar informações ou solicitar esclarecimentos acerca do propósito do estudo ou de perguntas específicas<sup>(81)</sup>.

**Beneficência:** o pesquisador deve se comprometer em não causar danos psicológicos ou de qualquer natureza aos participantes. Para tanto deve realizar uma análise criteriosa do enunciado das perguntas, proporcionar que os participantes esclareçam dúvidas a qualquer momento da pesquisa, oferecer aos sujeitos informação escrita a respeito de como eles podem fazer contato com os pesquisadores e obter os resultados da pesquisa<sup>(81)</sup>.

**Justiça:** os sujeitos têm direito a um tratamento justo e imparcial em todos os momentos do estudo, incluindo: a seleção justa e não discriminatória, o tratamento respeitoso e cortês, e a ausência de preconceitos. O pesquisador deve honrar todos os acordos feitos com o sujeito como acesso aos resultados de pesquisa e esclarecimentos de dúvidas. Além disso, é necessário garantir a privacidade dos sujeitos, através do anonimato, ou seja, as suas identidades não podem ser ligadas às informações por eles fornecidas<sup>(75)</sup>.

## **6. RESULTADOS**



## 6.1. Características da amostra

A amostra desta pesquisa foi formada por enfermeiros que trabalham nos CS do município de Campinas. Participaram voluntariamente do estudo 12 enfermeiros, atendendo todos os critérios de inclusão apresentados na metodologia.

Todos os participantes eram do sexo feminino, evidenciando a maior participação das mulheres na força de trabalho da enfermagem<sup>(91-94)</sup>. Também, todos tinham vínculo empregatício efetivo e a maioria, 91,6% (11), possuía um único emprego, totalizando 36 horas de trabalho por semana, à exceção de uma enfermeira, que trabalha em dois empregos, somando 68 horas de trabalho por semana.

Para facilitar a visualização dos resultados obtidos nesta pesquisa, apresenta-se a Tabela 1 e o Quadro 1 que caracterizam os enfermeiros que participaram da pesquisa pelo seu perfil sócio demográfico e profissional de forma geral e individual conforme o total da amostra.

**Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais da amostra (Campinas, SP, 2012)**

<b>Dados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Idade</i>		
23-30 anos	7	58,3
31-40 anos	3	25
41-48 anos	2	16,6
<i>Sexo</i>		
Feminino	12	100
Masculino	0	-
<i>Estado civil</i>		
Casada	3	25
Solteira	9	75
<i>Nº filhos</i>		
Nenhum	8	66,6
Um	1	8,3
Dois	2	16,6
Três	1	8,3

Continua...

...Continuação		
<b>Dados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Religião</i>		
Católica	8	66,6
Evangélica	1	8,3
Espírita	1	8,3
Não tem	2	16,6
<i>Instituição de formação</i>		
Pública Federal	1	8,3
Pública Estadual	8	66,6
Particular	3	25
<i>Tempo de formação</i>		
2-5 anos	6	50
6-12 anos	2	16,6
13-20 anos	3	25
Mais de 20 anos	1	8,3
<i>Especialização/ Pós-graduação</i>		
Uma	3	25
Duas	5	41,6
Nenhuma ou Cursando uma	4	33,3
<i>Tempo de atuação como enfermeira</i>		
1 a 4 anos	6	50
5 a 9 anos	1	8,3
10 a 20 anos	4	33,3
Mais de 20 anos	1	8,3
<i>Tempo de trabalho no CS atual</i>		
1 a 2 anos	8	66,6
3 a 10 anos	3	25
Mais de 10 anos	1	8,3
<i>Trabalha em mais algum serviço?</i>		
Não	11	91,6
Sim	1	8,3
<i>Período de trabalho</i>		
Manhã (predominantemente)	7	58,3
Tarde (predominantemente)	3	25
Manhã e Tarde	2	16,6
<i>Horas de trabalho</i>		
36 horas/ semanais	11	91,6
68 horas/ semanais	1	8,3
<i>Trabalhou em outro(s) serviço(s) de saúde?</i>		
Não	4	33,3
Sim	8	66,6

**Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (Campinas, SP, 2012)**

<b>Código alfa-numérico</b>	<b>E1/ CS-A</b>	<b>E2/ CS-A</b>	<b>E3/ CS-A</b>	<b>E4/ CS-A</b>	<b>E5/ CS-B</b>	<b>E6/ CS-B</b>	<b>E7/ CS-C</b>	<b>E8/ CS-B</b>	<b>E9/ CS-C</b>	<b>E10/ CS-C</b>	<b>E11/ CS-D</b>	<b>E12/ CS-D</b>
<b>Idade</b>	24a	48a	26a	38a	23a	25a	41a	34a	28a	40a	30a	30a
<b>Sexo</b>	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
<b>Estado Civil</b>	Solteira	Casada	Solteira	Casada	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Casada	Solteira	Solteira
<b>Nº filhos</b>	0	2	0	3	0	0	0	1	0	2	0	0
<b>Religião</b>	Católica	Católica	Não tem	Espírita	Católica	Católica	Católica	Não tem	Católica	Evangélica	Católica	Católica
<b>Instituição de formação acadêmica</b>	Pública federal	Particular	Pública estadual	Pública estadual	Pública estadual	Pública estadual	Particular	Pública estadual	Pública estadual	Particular	Pública estadual	Pública estadual
<b>Tempo de graduada</b>	2a	26a	2a	15a	2a	3a	18a	12a	6a	17a	4a	2a
<b>Especialização/ pós-graduação</b>	Cursand o: Obst	SF e ST	Cursand o: SF	SP e SF	UE	Não tem	SP e GS	SP	ST e AFGE	SF, SI	Não tem	SF
<b>Tempo de atuação como enfermeira</b>	1a e 6m	25a	1a e 1m	15a	1a e 1m	2a	16a	10a	5a e 6m	16a	3a e 6m	1a e 4m
<b>Tempo de trabalho no CS</b>	1a e 6m	5a	1a e 1m	4a	1a e 1m	1a e 4m	8a	1a e 4m	1a e 5m	15a	1a e 3m	1a e 4m
<b>Trabalha em outro local?</b>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
<b>Período de trabalho predominante</b>	M	M	T	M	M/ T	M	T	M	M/ T	M	M	T
<b>Horas de trabalho semanal</b>	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	68 (CS + Hospital)	36
<b>Trabalhou em outro serviço de saúde?</b>	Não	Sim	Sim (Dcte)	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim (Dcte)	Sim (Dcte)	Não

No quadro 2 realizou-se a distribuição das categorias e subcategorias encontradas durante o processo final da análise de conteúdo categorial do tipo temática. Buscou-se simplificar a visualização das categorias e de suas respectivas subcategorias, permitindo o acesso inicial à categorização dos dados.

**Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias encontradas**

<b>CATEGORIA 1 – Representações sociais sobre a doença mental</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visões e conceitos da doença mental</li> <li>• Estigmas e preconceitos da doença mental</li> </ul>
<b>CATEGORIA 2 – Representações sociais sobre o atendimento em saúde mental no Centro de Saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação acadêmica para o atendimento em saúde mental e capacitações afins</li> <li>• Fragmentação da assistência na saúde mental</li> <li>• Ações e visões relacionadas à família dos usuários adoecidos mentalmente</li> <li>• Dificuldades para a realização da assistência em saúde mental</li> </ul>
<b>CATEGORIA 3 – Representações sociais sobre as ações educativas em saúde: conceitos dos enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações de saúde para o usuário e a família: autonomia para o cuidado e empoderamento em saúde.</li> <li>• Orientação em saúde para o profissional: educação permanente</li> </ul>
<b>CATEGORIA 4 – Representações sociais sobre as ações educativas em saúde mental: participação do enfermeiro</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem individual das ações educativas em saúde mental</li> <li>• Abordagem coletiva das ações educativas em saúde mental</li> <li>• Motivos da não participação do enfermeiro nas ações educativas em saúde mental</li> </ul>

## **7. DISCUSSÃO**



Nota-se que na amostra deste estudo a duplicidade de vínculos empregatícios não se destacou quando comparada a outras pesquisas<sup>(93,95)</sup>, e embora este seja um ponto positivo, talvez não reflita a realidade do município, principalmente pelo fato de um estudo<sup>(91)</sup> ter mostrado que 33,6% dos enfermeiros da região sudeste possuíam mais de um vínculo empregatício, estando acima da média nacional que era 25,8%.

Este é um fator preocupante na enfermagem, pois o aumento na jornada de trabalho reduz o tempo do profissional para se dedicar a uma atualização e a outras atividades como repouso e lazer<sup>(95)</sup>, além de gerar insatisfação no trabalho, comprometer a saúde e a qualidade de vida do profissional<sup>(93)</sup>.

Quanto à idade, os entrevistados estavam na faixa etária de 23 a 48 anos, sendo que 7 (58,3%) tinham entre 23 e 30 anos. A maioria, 9 (75%), era solteiro; 8 (66,6%) sem filhos, e 8 (66,6%) consideravam-se católicos. Os três dados iniciais corroboram com os resultados de outro estudo<sup>(93)</sup> que apresentou 60,9% de enfermeiros entre 20 e 29 anos, 57,8% eram solteiros e 73,3% não tinham filhos.

A maior parte dos enfermeiros, 9 (74,9%), formou-se em instituição pública, corroborando com os dados de duas pesquisas, uma feita em um município do nordeste<sup>(95)</sup> e outra com abrangência nacional<sup>(91)</sup>, que apontaram que a ESF tinha, respectivamente, 87,5% e 70,6% dos seus profissionais formados em universidades públicas. Trata-se de um número considerável já que há prevalência de instituições privadas em todas as regiões do Brasil, representando 85,97% dos estabelecimentos, enquanto que o público é responsável por apenas 14,03% das instituições<sup>(96)</sup>.

Metade dos participantes deste estudo possui entre 2 a 5 anos de formação. Esse dado vem de encontro aos dados de outras pesquisas, uma na região sudeste<sup>(93)</sup> e outra na sul<sup>(94)</sup> que indicaram, respectivamente, 73,9% e 75% de enfermeiros com 5 anos ou menos de

formação. Embora estes trabalhos mostrem que uma parte considerável dos recém-formados tenha sido absorvida pelo serviço público, há de se considerar que no município de Campinas os estabelecimentos de saúde público correspondem a 103 (27,6%) de um total de 373 estabelecimentos de saúde<sup>(97)</sup>.

Quanto à especialização, 66,6% (8) dos participantes possuem um ou dois cursos, corroborando com os resultados de outras pesquisas que indicaram 94,4%, 77,8%, 87,5% e 66,6% de enfermeiros com especialização<sup>(92-95)</sup>. Porém, tais dados não correspondem com o dado apresentado em um estudo<sup>(91)</sup> que apontou que 35,4% dos enfermeiros que trabalhavam na ESF no Brasil tinham algum tipo de especialização, sendo que 40% especializaram-se em Saúde Pública. No presente estudo, destacam-se a especialização em Saúde Pública com 25% (3), em Saúde da Família com 33,3% (4) e em Saúde do Trabalhador com 16,6% (2).

Também 33,3% (4) dos enfermeiros não tinham especialização, entretanto, destaca-se que entre estes, dois estavam cursando uma especialização no período de realização da coleta de dados. Porém, nenhum tinha especialização voltada para a área de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Este dado aponta semelhança com um estudo no qual 95,5% dos enfermeiros da ESF da cidade de Teresina no Piauí (PI) não possuíam formação específica em saúde mental<sup>(3)</sup> e com outro estudo que mostrou 60% dos enfermeiros sem especialização na mesma área<sup>(93)</sup>.

Ainda assim, evidencia-se que a realização de uma especialização, independente da área, pode demonstrar a busca do enfermeiro por qualificação e conhecimentos para transformar a prática profissional, bem como melhorar a assistência prestada<sup>(93,95)</sup>.

Atuavam na profissão, há mais de 10 anos, 41,6% (5) dos entrevistados, enquanto que 50% (6) exerciam a enfermagem há menos de 4 anos, resultados que se assemelham aos

43,1% e 41,6% de enfermeiros que trabalhavam até 4 anos na ESF, respectivamente, no Brasil<sup>(91)</sup> e num município piauiense<sup>(95)</sup>.

Na presente pesquisa, a maioria dos enfermeiros, 8 (66,6%), trabalhavam nos CS visitados há menos de 2 anos, dados que correspondem aos estudos em que 83,3% e 69,6% dos enfermeiros atuavam a 3 anos ou menos nos CS, respectivamente, de Floriano/PI<sup>(95)</sup> e Uberaba/MG<sup>(93)</sup>. Neste caso, é importante destacar que recentemente houve a realização de concurso público na área da saúde no município de Campinas para o cargo de enfermeiro<sup>(98)</sup>, que foi homologado em 30 de março de 2010, o que pode explicar a predominância, na amostra deste estudo, de enfermeiros recém formados e com pouca experiência.

Além disso, o pouco tempo de vínculo com o CS – somente 33% (4) dos enfermeiros estavam na unidade há mais de 4 anos – pode indicar grande rotatividade de funcionários nos serviços da rede pública do município e/ou corrobora o fato de que tratou-se de um período de transição devido a seleção de novos trabalhadores da saúde. De qualquer modo, o tempo reduzido de permanência no CS dificulta o estabelecimento de vínculos efetivos com a comunidade, dificulta o reconhecimento das suas necessidades e prejudica a promoção e/ou a continuidade de programas de saúde em desenvolvimento<sup>(93,95)</sup>.

Expõe-se a seguir um quadro que compara alguns dos resultados desta dissertação com os dados encontrados em outros estudos realizados no Brasil e apresentados acima.

**Quadro 3** – Dados comparativos dos resultados obtidos sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros com outros estudos (Campinas, SP, 2012)

	<b>Resultado encontrado</b>	<b>Machado<sup>(91)</sup></b>	<b>Ferrari et al<sup>(92)</sup></b>	<b>Rocha e Zeitouné<sup>(95)</sup></b>	<b>Ramos et al<sup>(94)</sup></b>	<b>Gonçalves e Pedrosa<sup>(93)</sup></b>
<b>Ano</b>	2012	2000	2005	2007	2009	2009
<b>Região</b>	Sudeste	Brasil	Sul	Nordeste	Sul	Sudeste
<b>Mulheres</b>	100%	90,9%	94,4%	87,7%	95,8%	93,3%
<b>Idade</b>	58,3% (23-30 anos)	36,5% (< 29 anos)	73% (< 40 anos)	45,8% (< ou = 30 anos);	-	60,9% (20 – 29 anos)
<b>Solteiros</b>	75%	-	-	-	-	57,8%
<b>Sem filhos</b>	66,6%	-	-	-	-	73,3%
<b>Nº de vínculos de trabalho (emprego)</b>	91,6% (vínculo único)	Brasil: 25,8% (+ de 1); Sudeste: 33,6% (+ de 1)	-	83,3% (+ de 1)	-	55,6% (vínculo único)
<b>Tempo de formado</b>	50% (< 5 anos)	43,1% (até 4 anos)	-	41,6% até 4 anos	75% (< ou = 5 anos)	73,9% (< 5 anos)
<b>Tipo de instituição formadora</b>	74,9% (pública)	Brasil: 70,6% (pública) Sudeste: 40% (particular)	-	87,5% na pública	-	-
<b>Tempo no CS</b>	66,6% (< 2 anos)	-	37% (> 5 anos)	83,3% (< ou = 3 anos)	-	69,6% (1 a 3 anos)
<b>Especialização</b>	66,6% (1 ou +): 33,3% em Saúde da Família	35,4% tem: 40,0% em Saúde Pública	94,4% (1 ou +): 70% em Saúde Coletiva	66,6% tem: 50% em Saúde Pública	87,5% tem (não específica)	77,8% tem: 60% não tem em Saúde Mental

No Brasil, cerca de 10 a 12% da população precisam de cuidados em saúde mental, como consulta médico-psicológica, grupos de orientação e outras formas de abordagem; os transtornos “associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas”<sup>(1)</sup>.

Com a RP, as pessoas mentalmente adoecidas passaram a ser atendidas e acompanhadas na comunidade, implicando aumento da demanda desses pacientes nos CS, cuja assistência em saúde mental não tem sido suficiente nem para os pacientes e menos ainda para seus familiares, pois estes também podem vivenciar problemas sociais, físicos e

psicológicos<sup>(8)</sup>. Todo dia as equipes dos CS se deparam com problemas de saúde mental, sendo que aproximadamente 56% delas afirmaram já ter realizado alguma ação nesta área<sup>(42)</sup>.

Esta noção de aumento da demanda em saúde mental nas unidades básicas fica evidenciada na seguinte fala que traz inclusive uma percepção epidemiológica bastante atual – o uso problemático de álcool e drogas ilícitas:

*Hoje a saúde mental está pegando para nós [...] está virando uma coisa muito rotineira... o atendimento psiquiátrico [...] a gente atende diversos pacientes com uso de álcool, drogas. (E7/CS-C)*

Isto confirma a importância e a necessidade de se articular o atendimento de saúde mental com a atenção básica. Entretanto, a saúde mental não é objeto de trabalho da educação em saúde nas unidades básicas e a produção científica brasileira sobre o tema da saúde mental no campo da saúde pública ainda é pequena, pois se trata de um assunto delicado, que envolve a organização dos serviços de saúde, a saúde coletiva, a qualidade de atenção para toda a população<sup>(1)</sup> e, principalmente, traz luz sobre o tema da saúde mental, sem deixar às sombras os estigmas da doença mental e as discriminações existentes no processo de inclusão social dos usuários mentalmente adoecidos.

Esta discussão segue basicamente a ordem dos assuntos abordados nas questões do roteiro de entrevista, as quais proporcionaram a obtenção de dados que, nas verbalizações, seguiram uma sequência coerente de temas em direção aos propósitos deste estudo.

Deste modo, as categorizações dos itens referentes às perguntas sobre doença mental e atendimento em saúde mental no CS foram exploradas para dar sustentação às categorias elaboradas sobre as ações educativas em saúde e que, de fato, atendem aos propósitos do estudo. O conhecimento sobre as duas categorias iniciais, que versam sobre o que os enfermeiros entendem por doença mental e qual a visão deles em relação ao atendimento dos

usuários adoecidos mentalmente e de seus familiares, pode nos indicar o modo de agir desta categoria profissional. Acredita-se que começar a análise dessa forma também pode oferecer melhor entendimento e fundamentação sobre o surgimento das ancoragens e objetivações que constituem as representações sociais produzidas atualmente pelo enfermeiro a respeito das ações educativas em saúde mental nos CS e sua participação em tais atividades.

A partir dos temas verbalizados, elaboraram-se quatro categorias e suas respectivas subcategorias. A discussão inicia-se com as representações sobre a doença mental seguido da categoria que contempla o atendimento em saúde mental nos CS e termina nas duas categorias principais deste estudo, que estão diretamente relacionadas aos objetivos do trabalho, que contemplam as “representações sociais sobre as ações educativas em saúde: conceitos dos enfermeiros” e “representações sociais sobre as ações educativas em saúde mental: participação do enfermeiro”.

Faz-se importante esclarecer que os quatro CS visitados apresentavam a presença de pelo menos um profissional da saúde mental, embora tal fato não tenha sido intencional, conforme já fora frisado na metodologia. Deste modo, no momento das entrevistas, o CS-A possuía psiquiatra e psicólogo; o CS-B contava com psiquiatra, psicólogo e TO; o CS-C apresentava apenas psicólogo; e o CS-D possuía psicólogo e TO. Ressalta-se que o TO é um dos profissionais de nível superior que pode compor a equipe de saúde mental do CS ou de apoio matricial do CAPS<sup>(42,80)</sup>.

## **7.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A DOENÇA MENTAL**

Esta categoria se subdivide em duas subcategorias: visões e conceitos da doença mental; estigmas e preconceitos da doença mental. Nelas pretende-se mostrar as representações sociais que os enfermeiros possuem sobre a doença mental através de

verbalizações comuns do modo como este grupo entende a doença e o quanto estas visões, muitas vezes preconcebidas e que foram construídas ao longo do tempo pelos dois principais processos formadores da representação social, a ancoragem e a objetivação, podem interferir nas suas ações assistenciais e, principalmente, educacionais em saúde mental nos CS.

### **7.1.1. Visões e conceitos da doença mental**

Quando, no roteiro de entrevista, partiu-se da questão disparadora sobre a compreensão ou a visão que os enfermeiros possuíam da doença mental, observou-se que a pergunta gerou um momento inédito de reflexão sobre um assunto aparentemente pouco trabalhado entre os enfermeiros na esfera do CS. Notou-se pausas desconcertantes, suspiros ruidosos, sorrisos nervosos e semblantes que indicavam dificuldades com o tema a ser tratado. Enfim, houve uma preocupação geral dos participantes em buscar, a princípio, uma definição ou um conceito mais teórico possível e pertencente ao universo reificado. Porém, no decorrer das entrevistas e mesmo na tentativa de uma definição mais conceitual pelos enfermeiros, foi possível identificar nas falas desses profissionais elementos pertencentes ao universo consensual que somado aos elementos do universo reificado caracterizam a representação social desta categoria sobre a doença mental.

A cultura e a história revelam suas definições tanto para a doença quanto para a saúde. Existem vários conceitos sobre saúde e doença que, além de terem um caráter explicativo, indicam comportamentos, decisões e ações<sup>(99)</sup>, que resultam em uma práxis profissional. Esta variedade de definições mostra que os profissionais da saúde não podem trabalhar com conceitos estagnados e distantes da realidade<sup>(100)</sup>. Desta forma, a visão da doença e da saúde será diferente para cada pessoa que a for julgar, seja pela própria pessoa, por familiares ou por

quem vai prestar o cuidado, como o enfermeiro, pois os indivíduos têm diferentes formas de sofrer ou de reagir às doenças<sup>(99)</sup>, tratando-se de situações vivenciadas no universo consensual.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>(101)</sup>, mas este conceito evoluiu agregando em sua concepção as condições de “alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde”<sup>(100)</sup>. Já os conceitos de saúde mental são diversos e difíceis de definir de uma forma completa e abrangem “o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa”<sup>(52)</sup>.

Vê-se que assim como o conceito de saúde, a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais. A proximidade desses conceitos mostra que a saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar geral dos indivíduos, das famílias e das sociedades.

Entretanto, estas definições da OMS são muito criticadas, pois mantêm um caráter biológico e subjetivo<sup>(100,102)</sup>. Tais conceitos remeteriam ao passado, pois, ao enfatizarem “a ausência da doença”, trazem a ideia de que as pessoas se contentavam em não estar doentes<sup>(102)</sup>, ideia esta que está presente no universo consensual. Este pensamento ainda persiste entre os enfermeiros, como é possível perceber na seguinte fala:

*[...] quando a pessoa deixa de ter a saúde mental é sinal de que ela pode estar com algum transtorno ou doença. (E9/CS-C)*

Esta questão da ausência de patologia se mantém até mesmo quando os enfermeiros trazem a forte ideia da “presença da doença”, caracterizada pelos sinais da enfermidade e suas possíveis causas:

*[...] está muito relacionada à questão de comportamento, transtorno de relações, doenças específicas da área mental. (E2/CS-A)*

*É uma perturbação, não acontece de repente [...] a doença mental já vem com o indivíduo, com uma carga talvez genética, de desenvolvimento de infância, até... de caráter [...] que a pessoa já vem carregando ao longo dos anos e outros fatores associados, externos, leva ao acometimento do problema mental. (E7/CS-C)*

*Transtornos... acho que existem dois tipos: aquele que é o fisiológico e aquele que vem de situações da vida, pelo emocional. (E10/CS-C)*

Já o conceito de “completo bem-estar físico, mental e social” refletiria expectativas atuais, mas pouco operacionais devido a sua subjetividade, embora seja possível estabelecer parâmetros em termos orgânicos e em relação ao equilíbrio mental ou social<sup>(102)</sup>. Além disso, a doença é frequentemente vista no universo consensual como a expressão de dificuldade na vida de uma pessoa, porém, o rompimento de um equilíbrio não é apenas um sinal individual, mas também coletivo<sup>(99)</sup>. Encontraram-se nas entrevistas visões e compreensões dotadas de uma consciência coletiva, compartilhada pelos enfermeiros, em que a doença é expressa sob a forma de manifestações patológicas que levam a sofrimentos; e estas patologias apresentam como característica comum uma alteração na saúde individual. Exemplifica-se com as falas abaixo:

*Qualquer tipo de sofrimento [...] que o faça perder o bem estar. (E1/CS-A)*

*Um acometimento que de alguma forma vai desequilibrar o paciente, sair do seu bem estar psicológico [...] um acometimento que causa algum sofrimento psicológico. (E3/CS-A)*

*Do mesmo jeito que a gente pega um resfriado [...] é a mesma coisa com a doença mental, você pode ser um doente crônico ou ter períodos em que você tem situações que geram certo desequilíbrio. (E11/CS-D)*

A expressão “bem-estar”, estabelecida pelo universo reificado, envolve dimensões subjetivas, pouco quantificável, e um tanto utópicas, como se houvesse um estado ideal de saúde. Não se quer aqui desqualificar os elementos subjetivos que compõem a saúde e a doença, e que o grupo estudado traz nos exemplos verbalizados acima; mas deve-se atentar para a importância que este grupo de enfermeiros confere às questões biologicamente científicas e aos objetivos concretos que envolvem a saúde e a doença, pois “na prática, quem cuida da saúde de grupos humanos procura evitar danos objetivos à saúde como doenças, acidentes, etc.”<sup>(102)</sup>. Esta ideia, presente no universo consensual, de não causar danos à saúde ou de evitar as doenças prevalece na visão de saúde dos enfermeiros tanto quanto a ideia de buscar o bem-estar geral para o usuário e que está presente no universo reificado.

Desta forma, o conhecimento sobre o processo de doença apresenta três componentes: o primeiro é um fato objetivo, corporal, isto é, uma alteração de um órgão, sistema ou função; o segundo é um maior ou menor conhecimento da doença; e o terceiro é uma ideia dos prejuízos e dos interesses da época. Esses três elementos são influenciados por um juízo de valor, uma interpretação ética e científica, que determina uma ação<sup>(99)</sup>. Estes elementos aparecem em E7/CS-C e E10/CS-C, mas são percebidos também nestas falas:

*Qualquer tipo de problema que ele não consiga lidar direito [...] e que cause um sofrimento emocional, mental [...] faz com que as pessoas não consigam desempenhar suas funções em outros núcleos de emprego, de amizade, de religião... (E1/CS-A)*

*Algum problema... de ordem psíquica [...] que cause algum problema na vida, no cotidiano de uma pessoa, seja no trabalho, na vida pessoal... (E5/CS-B)*

*[...] um problema familiar que já gera uma angústia mental [...] atrapalha as suas funções, as suas atividades de rotina. (E11/CS-D)*

Quando a doença impede o indivíduo de fazer parte da vida coletiva, aqueles que são afetados são afastados e rejeitados<sup>(99)</sup>. Isto evidencia que a saúde possui grande valor social: uma pessoa saudável estaria apta para o trabalho. Atualmente, entende-se que a doença é um fator que compromete a produção capitalista presente na sociedade, gerando incapacidade para o trabalho<sup>(100)</sup>.

Mas é questionável aceitar para o bem-estar humano uma medida baseada no rendimento de tarefas sociais. A crença de que os doentes tem uma redução na sua capacidade de adaptação ao ambiente é controversa, tanto quanto a afirmação de que a doença diminui temporariamente a eficiência de trabalho<sup>(99)</sup>.

Nas falas apresentadas aqui, tornou-se conveniente partir dos sofrimentos e dos sinais que cada processo patológico desencadeia, como as influências na vida dos indivíduos e suas relações sociais<sup>(99)</sup>. Tomando como exemplo as primeiras falas de E3/CS-A e E11/CS-D compreende-se que a doença surge para os enfermeiros como um processo de desequilíbrio homeostático do organismo:

*A incapacidade permanente ou transitória de manter a homeostasia, o equilíbrio entre as funções do organismo, é um processo: isto é, tem um início, uma história e uma conclusão. Melhor seria falar de um ciclo contínuo saúde-enfermidade, que se desenvolve não somente no interior do organismo, mas entre esse e o ambiente (Berlinguer, 1988, p34).*

Nas verbalizações de E1/CS-A, E5/CS-B e E11/CS-D, percebe-se mais claramente o efeito de tal desequilíbrio, como sendo o “resultado da ação sobre o organismo de um estímulo nocivo, do ambiente externo ou interno, caracterizado pela diminuição da capacidade de adaptação ao ambiente externo pelo organismo vivo”<sup>(99)</sup>.

Tais conceitos remetem ao modelo higienista, em que uma ação nociva mobiliza a luta do organismo para manter-se sadio<sup>(99)</sup>. Hoje a tentativa de simplificar a relação entre saúde e doença mantém uma assistência fundamentada no modelo higienista e biomédico, que visa tratamento e cura. Na concepção de doença, percebe-se nos discursos o predomínio da dimensão biológica em detrimento das dimensões psíquicas e sociais<sup>(100)</sup>.

Contudo, sabe-se que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, a saúde mental e a física têm uma relação estreita e interdependente: a saúde física influencia significativamente a saúde e o bem-estar mental<sup>(52)</sup>, e o inverso também pode ocorrer.

É fundamental a superação do modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico, o tratamento e a cura, bem como a valorização da técnica e da impessoalidade nas relações profissional-paciente. A transformação dos valores e da forma como a doença, e também a saúde, é percebida, são essenciais para mudar o modo de atuação dos enfermeiros. Trata-se de enraizar novos valores ao sistema de pensamento coletivo, tornando o modelo de cuidado humanizado em algo familiar para os enfermeiros.

Porém investir em um novo modelo de atenção, que considere as dimensões holísticas do ser humano (biológica, psicológica, social, cultural e histórica) e melhore a qualidade da assistência à saúde<sup>(100)</sup> é uma tarefa árdua, pois exige a ruptura ou a transformação de uma representação social enraizada há anos entre os enfermeiros em uma nova categoria social,

como um novo (ou “estranho”) modelo de cuidado: mais humanizado, tendo o paciente como protagonista, e não o profissional ou a doença propriamente dita.

Acredita-se que os enfermeiros tenham noção da necessidade dessas mudanças quando trazem nas suas falas abaixo esta reflexão; porém, quando se relembra as outras verbalizações já apresentadas acima, tem-se a certeza da dificuldade dos enfermeiros em evoluir na representação social que possuem da doença mental visando um futuro próximo, pois a representação está estreitamente vinculada ao objeto da doença, do patológico, do corpo físico ou biológico, o que remete a um pensamento essencialmente biomédico, a uma assistência pragmática e reducionista do ser humano adoecido:

*A gente às vezes cai nesse risco de achar que doença mental está desvinculada do restante do corpo. (E2/CS-A)*

*A saúde mental não está descolada do resto, né? Então, a saúde mental tem a parte clínica, tem todo o resto, né? (E3/CS-A)*

Nota-se, em E2/CS-A, que a desvinculação entre corpo e mente é um risco sempre iminente, difícil de não ser realizado, ou seja, infere-se que frequentemente se trabalha com esta dualidade biológica. Isto se confirma quando se analisa o todo da entrevista deste participante e em outras que seguem o mesmo discurso. Na fala de E3/CS-A, a palavra “resto” primeiro aparece significando corpo, e depois se percebe a importância dada a “parte clínica” da saúde mental, que pode ser entendida como a parte do corpo físico ou biológico. Por fim, tem-se o outro “resto”, a parte da mente, aquela com a qual é difícil lidar e até expressar; trata-se do desconhecido, aquilo que deve tornar-se familiar no processo de ancoragem.

Portanto, a parte que restou é a que fica excluída da assistência, não pela importância teórica que os discursos dão à saúde mental, mas pela pouca importância que há na prática real de trabalho dos enfermeiros, o que é evidenciado nos discursos referentes ao atendimento

dos usuários mentalmente adoecidos e que serão destacados na segunda categoria da discussão.

Então, sendo a doença um dos aspectos da vida, entende-se que não há a contraposição direta de saúde e doença, embora a doença seja vista como um aspecto negativo e a saúde como positivo. Fica evidente nos discursos, porém, a ênfase na patologia e a visão negativa que se tem da doença mental, principalmente quando se nota os sinônimos usados pelos enfermeiros: problema, sofrimento, perturbação, acometimento, angústia; são palavras que exprimem um caráter negativo, doloroso e agressivo para a doença<sup>(99)</sup>.

Deste modo, a doença “quase sempre comporta perturbações, mal-estar, perda de poder físico ou de dignidade humana” e nem sempre reflete uma dor física. Portanto, a doença não deve ser vista como um processo apenas do campo físico ou corporal, pois ela existe também no campo mental, ou seja, se constitui sobre bases biológicas ou psíquicas (presentes no universo reificado), resultantes do contexto cultural e da experiência subjetiva de dor (presente no universo consensual), assim, são formadas de um juízo social pelas consequências que provoca na vida cotidiana<sup>(99,100)</sup>.

Nas falas dos enfermeiros a doença mental quase sempre é encarada de forma negativa, como um sofrimento, o qual aparece como uma alusão à dor, à aflição ou ao sofrer mental, emocional e psicológico – semelhante ao sofrimento físico, portanto, palpável e que tem como local de ocorrência a cabeça (objetivação). Este sofrer psicológico gera medo, inseguranças e angústias ao próprio profissional (ancoragem), principalmente no que tange o modelo de assistência adotado, predominantemente, biomédico, em que o foco é a dor física do paciente. Estas características presentes na ancoragem (medo, insegurança) circulam no universo consensual, fazendo parte da realidade coletiva da sociedade.

Embora os discursos dos enfermeiros evidenciem conhecimentos teóricos de que tal prática assistencial não cabe mais no tempo contemporâneo, o contexto das entrevistas revela pouco engajamento em alterar seus costumes no ambiente de trabalho, ou seja, há dificuldade em “naturalizar” (transformar o abstrato em realidade) o sofrer mental do outro e a angústia do próprio profissional ao lidar com esta dor. A superação destes obstáculos emocionais indicaria uma ação de coragem dos enfermeiros para enraizar o modelo humanizado de cuidado à sua prática real de trabalho. Ousa-se, inclusive, pensar que se vivencia, atualmente, o início de um período de transição das representações sociais sobre a doença mental e da práxis profissional do enfermeiro para com o usuário mentalmente adoecido.

Deste modo, entende-se que a existência dos processos formadores da representação social sobre o processo saúde-enfermidade, principalmente sobre a doença mental, pode explicar porque os profissionais mantêm suas ações influenciadas pelo modelo de atenção biologicista, mesmo sabendo que são necessárias mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde, em especial dos CS. Mas para que isto ocorra no campo da assistência à saúde mental também é fundamental iniciar um processo, longo e árduo, de reapresentação da doença mental à sociedade, desconstruindo estigmas com amplas campanhas de reabilitação e inclusão psicossocial para diminuir os preconceitos em relação às pessoas que adoecem mentalmente.

### **7.1.2. Estigmas e preconceitos da doença mental**

Nesta subcategoria tratar-se-á de algumas questões que transformaram a doença mental em uma patologia estigmatizante na sociedade e suas implicações nas opiniões dos enfermeiros, formuladas histórico-culturalmente, e nas reações e ações que estes profissionais

têm ao se depararem com os usuários adoecidos mentalmente no cenário dos CS. Assim, parte-se da seguinte fala:

*[...] tem um estigma, que está presente na nossa sociedade, o que é o louco, como os sintomas vão se manifestar. O paciente só tem um sofrimento mental se chegar aqui babando, com o cabelo bagunçado e batendo a cabeça na parede. Parece que é isso. É a visão da nossa sociedade mesmo, é o estigma que a saúde mental tem, né? E isso ainda está muito inserido nos profissionais.*  
(E3/CS-A)

Aqui se tem a objetivação ou núcleo central, que é a significação central da representação<sup>(69)</sup> da doença mental, ou como afirma E3/CS-A, “o louco”, cuja imagem foi produzida socialmente e cristalizada em uma característica real do usuário mentalmente adoecido: alguém mal arrumado, com pouca higiene, violento e perigoso. Já a ancoragem, ou sistema periférico, pode ser representada de várias formas e a que se destaca é o pensamento recorrente e enraizado de medo e insegurança em relação ao doente mental, devido ao desconhecimento existente sobre esta doença, que em algum momento se cristalizou com a imagem de ações violentas e perigosas, que podem ser dirigidas à sociedade, gerando incômodos nas famílias e comunidades, além de intolerância pela diferença que a doença suscita ao trazer à tona questões sobre o que é normal (conhecido) ou não (estranho); esta é outra ancoragem possível<sup>(69)</sup>.

Para entender, ao longo desta subcategoria, este processo formativo das representações, cabe, neste momento, esclarecer que o estigma e o preconceito podem ser considerados, no campo da saúde mental, estressores socioculturais. O primeiro é entendido como “atributo ou traço visto pelo ambiente social do indivíduo como diferente e depreciativo”, já o segundo é a “crença preconcebida e desfavorável sobre os indivíduos ou grupos que desconsidera conhecimento, pensamento ou motivo”<sup>(103)</sup>.

Nesse sentido, a verbalização acima é muito significativa, pois o enfermeiro revela um exemplo simples de uma imagem estereotipada da doença mental e de como ocorre sua manifestação no doente (objetivação). Ressalta-se que esta crença não pode ser atribuída de fato ao profissional; trata-se de um exemplo genérico e até grosseiro. Mas o que se destaca na fala é a ideia de que esta imagem ou cena, embora não seja hoje assumida explicitamente nos discursos dos profissionais, ainda permeia seus pensamentos, talvez não com estas “cores” realçadas por E3/CS-A, mas com tons mais amenos e não menos estigmatizantes, pois este é o estigma que a sociedade tem da doença mental e que, como afirma E3, “ainda está muito inserido nos profissionais”.

Esta visão construída com base nos estigmas sociais gera os preconceitos existentes para algumas doenças, como os que existem em relação aos doentes mentais e que influencia a assistência prestada pelos enfermeiros. Aliás, os enfermeiros estão marcados pelo estigma em relação à doença mental e pelo sentimento de medo<sup>(66)</sup>, causado pela insegurança relacionada ao risco de sofrer agressões no cuidado ao usuário mentalmente adoecido, crença que está presente não só durante a formação acadêmica, mas já estava impregnada na memória sociocultural daquelas pessoas que ainda nem pensavam em ser enfermeiros. Assim sendo, destacam-se as falas a seguir:

*[...] aquele paciente [que] já faz um acompanhamento com o psicólogo, psiquiatra ou CAPS, esse paciente já é rotulado desde a hora que ele entra. (E1/CS-A)*

*Como são sempre os mesmos, né, já vira figurinha carimbada. (E5/CS-B)*

*A gente já sabe muitos dos pacientes que são de saúde mental, então se a gente vê que eles estão aí, já pede ‘olha, você pode ver? Ele está aí’. (E11/CS-D)*

Nota-se pela sequência das falas que os usuários mentalmente adoecidos que frequentam os CS já são conhecidos da equipe de saúde. Tais pacientes são “rotulados”, são a “figurinha carimbada” do serviço, e E11/CS-D deixa explícita sua reação institucional, mas também preconceituosa, quando vê que “eles” estão no CS: encaminha para outro e evita o atendimento. Neste caso, os enfermeiros realizam discriminação quando os usuários mentalmente adoecidos aparecem para serem atendidos nos CS, e não encontram o profissional para oferecer-lhes uma assistência de qualidade, porque há o empecilho do preconceito influenciando suas ações profissionais.

Sobre a questão dos encaminhamentos parece ser uma exclusão mais refinada, sutil e eficaz para quem o faz, mas não para os usuários, porque, embora estes possam circular livremente na comunidade, eles têm sua liberdade reduzida pela complexidade das suas condições de sofrimento mental, como por exemplo, uma dificuldade de comunicação e interação pode levar a frustrações que contribuem para um progressivo autoisolamento do paciente da sociedade<sup>(58)</sup>.

Mesmo assim, perceberam-se falas que tentaram negar a existência individual de preconceito, mas que no decorrer das entrevistas revelaram pensamentos coletivos e um comportamento profissional habitual entre os enfermeiros, corroborando a existência de uma ação discriminatória em relação aos usuários adoecidos mentalmente. Seguem-se as falas:

*Aquela dificuldade já estigmatizada por ser paciente de saúde mental... eu não tenho isso. [...] o que eu sinto é... falta preparo para mim, para abordagem e acompanhamento desses pacientes. (E4/CS-A)*

*[...] não é um preconceito assim, mas toda dificuldade gera um pouquinho de insegurança [...] eu tenho insegurança de lidar com os pacientes [...] (E6/CS-B)*

Têm-se na fala de E4/CS-A uma tentativa de camuflar a “dificuldade já estigmatizada” por outras dificuldades como as que são geradas pela falta de técnica e aprimoramento específico para lidar com usuários da área da saúde mental. A fala de E6/CS-B também nega o preconceito e associa sua insegurança a uma “dificuldade” também relacionada a falta de preparo técnico na mesma área. Entretanto, no decorrer de suas entrevistas, E4/CS-A revela a prática comum do serviço e na sequência E6/CS-B revela uma experiência de atendimento:

*Nem a equipe médica, nem a de enfermagem assumem o acompanhamento desse paciente no que diz respeito à saúde mental e com relação as outras patologias que são associadas... ‘ah, mas ele é paciente psiquiátrico’, ‘não adianta orientar isso porque ele não vai seguir, porque ele é paciente psiquiátrico’. (E4/CS-A)*

*[...] um paciente que tem esquizofrenia... não sai de casa por questões do próprio pensamento. [...] E... apesar de tudo ele não é violento (grifo da autora)  
[...](E6/CS-B)*

Em E4/CS-A, vê-se não só a prática corriqueira do serviço em relação à saúde mental como retorna a uma questão da subcategoria anterior sobre as limitações sociais que são impostas ao doente devido a sua doença, que no caso foi a falta de aptidão ao trabalho; mas aqui a questão é a crença na falta de autonomia do usuário adoecido mentalmente, evidenciada por uma suposta incapacidade de compreensão de possíveis orientações que ele venha a receber dos profissionais. E mais, pode-se inferir que o fato de ser um “paciente psiquiátrico” imporia a ele um déficit intelectual que justificaria sua dificuldade em entender e seguir o tratamento terapêutico. Portanto, pressupõe-se que a culpa é dos doentes, o problema está neles, e não na forma como o profissional se relaciona com eles ou nas estratégias meramente autoritárias que utiliza, empregando um cuidado fragmentado e desumanizado.

Já em E6/CS-B compreende-se que agressão e violência são alguns dos comportamentos vistos como anormais pela sociedade, e que colocam em risco a segurança e a ordem social, ou seja, a normalidade social.

Sabe-se que há fenômenos que são considerados normais ou anormais dependendo da profissão, da cultura, da renda e inclusive da doença. A sociedade, ao avaliar o que é normal ou não, transforma este juízo social em ações de exclusão ou de reprovação. Aquilo que se considera anormal e, portanto, estranho e diferente do que se conhece previamente, pode – por desconhecimento ou preconceito – tornar-se um pretexto para excluir<sup>(99)</sup>, ou no caso dos enfermeiros, em motivo para se afastarem do atendimento psiquiátrico por não terem o preparo para atuarem na área.

A doença mental e, principalmente, o doente mental por muitos anos estiveram associados à imagem da violência, da agressividade que gerava medo e insegurança na população. Hoje esta falta de segurança continua presente, sendo verbalizada por E6/CS-B e ganhando ressonância em outros discursos:

*[...] não me sinto muito à vontade com o tipo de paciente [...] não sinto muita segurança. [...] além de eu não gostar muito da área, eu não sinto tanta tranquilidade em garantir um bom atendimento [...] falta mais preparo para atender bem e dar um cuidado, assim, ideal. (E9/CS-C)*

*[...] a gente já teve profissionais... de sofrer agressão, ameaça de agressão... a gente está correndo um risco! (E7/CS-C)*

Percebe-se, inclusive, que E9/CS-C traz algumas locuções nominais interessantes como substituição ao termo medo, que está implícito em E6/CS-B e explícito em E7/CS-C: “não me sinto muito à vontade”, “não sinto muita segurança”, “não sinto tanta tranquilidade”.

É importante ressaltar que a grande maioria dos usuários adoecidos mentalmente não é violenta. Somente uma pequena parcela dos transtornos mentais e de comportamento está relacionada ao aumento do risco de violência. Além disso, essa violência pode ser diminuída com o funcionamento eficaz dos serviços de saúde mental associados à atenção primária<sup>(52)</sup>, visando a prevenção das doenças mentais, o cuidado àqueles que estão adoecidos mentalmente, e a internação temporária daqueles que representam um perigo real até a atenuação da crise<sup>(99)</sup>.

Esse lado agressivo das doenças mentais sempre foi supervalorizado pelas populações. Aliás, em todas as épocas as doenças têm sido consideradas um perigo por vários motivos como “o risco dirigido à saúde dos outros; a busca por um bode expiatório em quem descarregar as desgraças da comunidade para liberar-se; e as dificuldades e angústias introduzidas pela doença na convivência familiar e social”<sup>(99)</sup>. Porém, dentro do contexto da saúde, os enfermeiros devem substituir este pensamento pelo entendimento e pelo acolhimento do sofrimento do outro, buscando formas de incluir este indivíduo à família, à comunidade e melhorar o acesso aos serviços de saúde em geral.

Entretanto, sabe-se que esta “socialização nem sempre é espontânea, e sim guiada e frequentemente manobrada por quem tem o poder”<sup>(99)</sup>, fato que se confirma quando se percebe que a saúde mental ainda não é reconhecida como problema urgente de saúde pública e os governos demoram a adotar medidas que melhorem efetivamente a saúde mental<sup>(52)</sup>. De qualquer forma são situações que podem acentuar a desigualdade social e as ações discriminatórias em relação aos pacientes mentalmente adoecidos.

Curioso é que até a Idade Média “os doentes mentais eram relativamente tolerados e encarados com religioso respeito e temor pela população” – quem ouvia vozes podia ser louco ou santo. No entanto, no século XVII, a percepção social da “loucura” mudou e não se podia

mais conceber um homem sem razão<sup>(102)</sup>. Os hospícios nasceram a partir do século XVIII quando o medo da lepra se atenuou e os leprosários se esvaziaram, e então, uma nova doença passou a ser isolada: a “loucura”<sup>(99)</sup>. Os pacientes mentalmente adoecidos e os que tinham outras doenças e comportamentos sociais indesejáveis eram considerados perigosos e, portanto, isolados da sociedade<sup>(52)</sup>; esta exclusão abrangia até mesmo o tratamento desses pacientes no contexto da assistência à saúde em geral<sup>(60)</sup>. Já a enfermagem atuava “na vigilância, no controle, no auxílio aos tratamentos, na administração de medicação e na contenção”<sup>(104)</sup> dos pacientes para prevenir as ações socialmente perigosas e desta forma suas ações adquiriram um caráter punitivo.

Tem-se, então, o medo das doenças suscitando reações irracionais e atos discriminatórios como o isolamento e a segregação, que representam uma dissimulação de desordens sociais, e cujas consequências são mais drásticas para os indivíduos adoecidos. Portanto, a pessoa que sofre não pode ser responsabilizada por sua doença e nem pode ser punida com a negligência<sup>(99)</sup> dos profissionais responsáveis por seu cuidado.

Para os antigos hebreus a doença era consequência da ira divina diante dos pecados humanos que mereciam ser castigados<sup>(102)</sup>. Em muitas religiões a ideia do pecado prevalece entre os povos e, de certa forma, ela faz parte de um pensamento histórico e cultural que pode sustentar a afirmação de que a doença seria culpa do doente. Vê-se que nos dias atuais a doença ainda está muito associada ao sentimento de culpa e à noção de punição. Na maioria das religiões isso existe, principalmente quando se considera que o sofrimento ou a doença merecem a graça divina e, portanto, a cura<sup>(99)</sup>. Desta forma, a religião proporciona um sentido para o sofrimento e para a doença<sup>(102)</sup> e, conseqüentemente, para a culpabilidade, tanto que a ideia de culpa permeando as doenças persiste, porque o doente ainda é visto de forma “incomôda, embaraçante, às vezes odiosa e até repugnante”<sup>(99)</sup>.

Já no sistema de mercado (capitalista), a sociedade, competitiva e desumana, continua discriminando aqueles que são afetados por doenças, isolando-os e excluindo-os, mas há um agravante, porque hoje se tolera menos os fenômenos de desvio que colocam em dúvida a organização baseada no poder e nos valores hierárquicos. É desta forma que as doenças facilitam a marginalização, já que a “condição de sadio e doente depende de negociações influenciadas por relações de poder; e quanto mais marginais são as características dos indivíduos, maior é a chance de ingressar no rol de pessoas definidas como anormais”<sup>(99)</sup>. De fato, algumas pesquisas mostram que a população de pacientes mentalmente adoecidos, no Brasil, têm baixo nível sócio e econômico<sup>(21,62,105,106)</sup>.

Assim, do ponto de vista da doença, a normalidade biológica está diretamente ligada a uma normalidade social, ou seja, a uma avaliação ética e moral dos comportamentos, baseada em julgamentos e preconceitos que mudam segundo a época. Essa avaliação considera critérios objetivos aliados a comportamentos e ações geradas pela existência de uma diversidade que foge dos padrões sociais impostos, a tal ponto que a própria sociedade transforma essas avaliações em motivo de exclusão ou de reprovação<sup>(99)</sup>.

Esta postura de afastar-se dos doentes e segregá-los ou rotulá-los como agressivos e perigosos é, para a sociedade, um sinal de que “o sofrimento individual é frequentemente a manifestação de um fenômeno coletivo”<sup>(99)</sup>, então estes comportamentos de indiferença ou hostilidade em relação ao usuário com adoecimento mental “indica preconceitos e a recusa em aceitar a diversidade existente”; e indica também a persistência de comportamentos discriminatórios na sociedade<sup>(99)</sup>. As representações sociais dos enfermeiros entrevistados retratam bem esta discriminação em relação às doenças mentais.

É possível observar que durante a formação acadêmica já existe uma grande resistência com a disciplina de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental. Quando o ensino se estende

para o campo de estágio, os sentimentos de insegurança e medo revelam-se de forma latente entre os discentes, e tendem a desaparecer após a inserção nos campos de prática, pois os alunos veem que o usuário com adoecimento mental não era como eles imaginavam; alguns estudos confirmam este fato<sup>(104,107)</sup>. Abaixo seguem estas falas:

*[...] eu não tinha afinidade na faculdade, não gostava mesmo, e eu me formei.*  
(E11/CS-D)

*Na faculdade a gente estuda um pouquinho de saúde mental, querendo ou não a gente tem...* (E12/CS-D)

Aqui, E11/CS-D, deixa explícito que a disciplina de saúde mental é dispensável para a formação do enfermeiro. Já em E12/CS-D, pode-se inferir que, enquanto aluna, se pudesse, sequer participaria da disciplina. Ela, como os outros enfermeiros, guarda em sua memória um estigma da doença mental e do doente também, e mesmo possuindo algum conhecimento científico sobre a saúde mental, isso não foi suficiente para eliminar suas lembranças ou seu pensamento coletivo da doença mental.

Vê-se pelas falas acima que o problema continua quando acaba a disciplina, parece que a força de um pensamento social de senso comum, as representações sociais, não mudou e o aluno egresso – agora profissional recém-formado – entra no mercado de trabalho com suas representações fortalecidas, reproduzindo a ação que se tem visto nos CS em relação ao usuário mentalmente adoecido: ações dotadas de um preconceito oculto e atitudes discriminatórias mais sutis, disfarçadas por encaminhamentos excessivos e alegações de falta de preparo específico para a saúde mental.

Esta situação se confirma em outro estudo quando afirma que “a transformação da percepção que [os alunos] têm do louco, só ocorre na fase do aprendizado. A maioria, logo após, retoma a mesma atitude e o mesmo discurso estigmatizado em relação ao doente

mental<sup>(107)</sup>. Porém, o mesmo estudo ressalta que o ensino formal da disciplina de enfermagem psiquiátrica permite ao egresso ampliar seu conhecimento sobre a saúde mental, levando-o a mudanças sutis, mas significativas, da sua percepção de doença mental.

Apesar disso, e com base no exposto acima sobre as representações sociais, acredita-se que a formação profissional é fundamental para que os estigmas e os preconceitos em relação à doença mental sejam, ao longo do tempo, modificados e a discriminação seja reduzida. Mudanças nos conhecimentos sobre as doenças mentais e nos comportamentos dos enfermeiros e da sociedade podem mudar a forma como uma doença é vista<sup>(99)</sup>. A questão principal parece mesmo estar no modo como é organizado o ensino em saúde mental durante o processo formativo do enfermeiro.

## **7.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE SAÚDE**

Esta categoria subdivide-se em quatro subcategorias, nas quais se pretende discutir questões sobre a formação acadêmica dos enfermeiros em saúde mental e a necessidade que eles têm de serem capacitados para o atendimento dos usuários mentalmente adoecidos. Entretanto, ter apenas uma preparação adequada e básica para atuar na área psiquiátrica não é o bastante quando se tem um ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental insuficiente e uma prática profissional pouco colaborativa, predominantemente, multiprofissional, mas não interdisciplinar; o que contribui para tornar a fragmentação do cuidado uma característica marcante da assistência prestada ao usuário em adoecimento mental e frequentemente utilizada nos CS.

Pretende-se ainda estender essa discussão para compreender as ações e as visões do enfermeiro acerca do seu atendimento às famílias dos pacientes em sofrimento mental, tratando-as, também, como sujeitos do cuidado a ser oferecido pelos CS; além de mostrar as dificuldades inerentes ao atendimento em saúde mental segundo os enfermeiros entrevistados.

### **7.2.1. Formação acadêmica para o atendimento em saúde mental e capacitações afins**

Os enfermeiros, a princípio, enfatizaram o despreparo de outros profissionais, especificamente dos auxiliares e técnicos em enfermagem. Evitando falar de si mesmos, os enfermeiros não se incluíram entre os despreparados. E3/CS-A até afirma que o acolhimento feito no CS é centrado no enfermeiro, ressaltando a dependência que a equipe de enfermagem tem neste profissional para muitas ações, principalmente o atendimento em saúde mental quando não há um especialista na área. Vejam-se as falas:

*[...] ainda tem um despreparo muito grande dos profissionais... que na verdade são os auxiliares [de enfermagem]... a porta de entrada do paciente. (E1/CS-A)*

*[...] nosso acolhimento [é] bem enfermeiro centrado, se chegar alguém que começa a chorar, eles [auxiliares e técnicos] correm para mim. (E3/CS-A)*

E no decorrer das entrevistas revela-se a dificuldade da falta de preparo assumida pelo próprio enfermeiro:

*Eu me sinto ainda despreparada, acho que pelo pouco tempo de serviço. (E1/CS-A)*

*[...] falta um pouco de preparo para lidar com as questões de saúde mental, não é só uma limitação da enfermagem. (E3/CS-A)*

Nota-se que E3/CS-A assume que lhe falta um “pouco de preparo”, mas ainda assim, estende esta deficiência às outras categorias profissionais, frisando que isto não se limita à enfermagem, ou seja, o enfermeiro compartilha a responsabilidade pelo atendimento dos usuários adoecidos mentalmente com outros profissionais, não assumindo sozinho possíveis falhas ou falta de qualidade na assistência. Poder-se-ia até inferir que há um sentimento de culpa do enfermeiro quando não admite, no começo das entrevistas, a sua parcela de responsabilidade, necessitando se amparar no fato de que os outros (profissionais) também não assumem – como deveriam – as “questões de saúde mental”.

Pressupõe-se, assim, que toda a equipe de enfermagem, além das outras categorias profissionais da área da saúde, carece de qualificação para o manejo de pacientes mentalmente adoecidos, principalmente no que concerne à integralidade do atendimento<sup>(24)</sup>.

Já E1/CS-A admite seu despreparo, justificando-o pela sua inexperiência na profissão (menor que dois anos). Inclusive, a falta de experiência é a alegação mais comum entre os enfermeiros, e na amostra estudada revelaram-se dois tipos de inexperiência, um voltado à profissão, pois se trata de enfermeiros recém-formados, e outro referente à falta de experiência na área de saúde mental, este caso representado por enfermeiros com mais tempo de serviço na enfermagem. Seguem-se as falas:

*A gente... não tem muita experiência nessa área. (E4/CS-A)*

*Na área de saúde mental eu não tenho muita... experiência. (E10/CS-C)*

*Não tenho experiência suficiente ainda para lidar com isso. (E6/CS-B)*

*[...] por um lado eu não me sinto tão segura, talvez por falta de experiência e também de formação voltada para essa área, não tive nenhuma capacitação voltada para a saúde mental... (E5-CS-B)*

De qualquer modo, nota-se certa valorização do conhecimento empírico para lidar com o usuário mentalmente adoecido, pois para os enfermeiros a preparação para atuar em saúde mental está muito associada à experiência adquirida no cotidiano de trabalho do enfermeiro. Há um estudo<sup>(104)</sup> que vai de encontro a este dado, mas traz como sujeitos docentes e enfermeiros que participam do processo de formação de alunos de enfermagem na disciplina de saúde mental. Os resultados mostraram que para estes agentes formadores, a formação se baseia muito mais em um processo empírico do que no modo formal, que busca formar para a competência no cuidado em enfermagem psiquiátrica.

Isso pode ser preocupante para o processo de ensino-aprendizagem, pois para ter uma formação de qualidade é necessário articular o conhecimento técnico e científico com os saberes apreendidos no universo consensual, ou seja, onde se formam os pensamentos do senso comum e seus consequentes modos de agir.

Não se pretende desvalorizar esse aprendizado baseado na experiência do cotidiano. É claro que ele é válido também, pois mostra a capacidade que o profissional tem de extrair conhecimentos da sua prática de trabalho. Mas ressalta-se que isso só é possível quando acompanhado de reflexão sobre a ação<sup>(104)</sup>. Aliás, esta reflexão deve estar fundamentada em conteúdos teóricos.

Em E5/CS-B, já se vê que além da falta de experiência, a formação acadêmica insuficiente e a falta de capacitação na área surgem como empecilho à qualificação da assistência em saúde mental nos CS.

Há, ainda, outras situações em que os enfermeiros relacionam a preparação para atender o usuário adoecido mentalmente ao perfil do profissional, no sentido de que alguns têm mais “habilidade” ou “facilidade” para lidar com esses usuários, ou seja, os termos referem-se tanto ao maior preparo profissional quanto pessoal. Esta facilidade remete à ideia tratada nas representações sociais da doença mental, de que algumas pessoas toleram melhor as diferenças (o estranho) do que outras e de que os estigmas (a ideia familiar) já não estão tão enraizados em seus pensamentos, a tal ponto que seus comportamentos preconceituosos e discriminatórios se atenuam, e a tendência é melhorar a assistência.

Os exemplos abaixo mostram estes resquícios estigmatizantes da doença mental camuflados sob a justificativa de falta de preparo e pouco envolvimento dos outros, dentre os quais se incluem os enfermeiros:

*Existem casos extremos que [...] eu falo: ‘o que faço agora?’, porque você se vê despreparada [...] nem todos que trabalham na rede pública têm uma habilidade ou facilidade de lidar com o paciente mental, né? (E7/CS-C)*

*A gente tenta dar o suporte, mas falta um pouco de preparo, [...] a equipe inteira não está envolvida, tem gente que é mais preparado e outros não. (E9/CS-C)*

Esta questão da preparação envolve basicamente duas questões apontadas nas verbalizações dos enfermeiros: a capacitação e, principalmente, a formação acadêmica. A primeira, quando constante, e a segunda, quando adequada, são fundamentais para a efetivação das políticas de saúde mental<sup>(24)</sup>.

Um dos fatores que limitam o atendimento dos enfermeiros em saúde mental, na ESF, é a falta de capacitação desses profissionais para intervirem nesta área. Isto indica a necessidade de mudanças no ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou em saúde mental na universidade,

visando uma formação profissional que atenda “às novas demandas e conjunturas institucionais norteadas pela PNSM”<sup>(66)</sup>.

Observa-se pelas falas a seguir, a necessidade de capacitação dos enfermeiros para trabalhar com o usuário adoecido mentalmente. Trata-se de uma situação que influencia o atendimento e, conseqüentemente, o vínculo do usuário com o CS, pois nota-se, neste estudo, a existência de uma tensão entre os profissionais cada vez que aparece um paciente da área da saúde mental para ser atendido. Tal fato corrobora dados de outra pesquisa<sup>(66)</sup>.

*[...] precisava de mais capacitações, mais envolvimento, tanto da Secretaria [SMS] quanto da equipe de saúde mental, quanto dos próprios profissionais. (E2/CS-A)*

*A saúde mental está batendo a nossa porta e a gente não tem muita capacitação. Envolver os enfermeiros... Fazer... treinamentos lá no CAPS. [...] Olha, eu estou aqui [CS] há 15 anos e nunca tinha ido ao CAPS, através desse curso [...] eu fui conhecer... e [...] foi muito bom ter essa experiência. Então acho que tinha que ter mais oferta para envolver esse profissional na saúde mental. (E10/CS-C)*

O participante E10/CS-C traz um exemplo preocupante quando se pensa na rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e nas propostas do SUS, pois reflete que há falhas na interação entre CAPS e CS, ou seja, infere-se que no processo de trabalho dos serviços de saúde há uma relação de corresponsabilização assistencial conflituosa, além de ações intrasetoriais desintegradas que não assistem o usuário mentalmente adoecido como um ser holístico. Há uma pesquisa que identificou o CAPS como um serviço que não se aproxima dos CS, sendo que os profissionais destes serviços, segundo a PNSM, devem receber a capacitação em saúde mental através do matriciamento realizado por uma equipe do CAPS<sup>(108)</sup>.

A melhora da qualidade da assistência à saúde mental nos CS passa necessariamente pela qualificação do enfermeiro, e essa qualificação deve atender as necessidades

correspondentes à realidade do seu ambiente de trabalho e às relações sociais que nele se estabelecem; ao mesmo tempo deve considerar o desenvolvimento integral e o atendimento humanizado dos pacientes. Entretanto, “os programas de capacitação não atendem as reais necessidades dos profissionais e não há política de educação permanente para a saúde mental”<sup>(108)</sup>.

Os relatos dos enfermeiros dos CS demonstraram a necessidade que eles têm de receberem capacitações ou educação permanente em saúde voltadas para a saúde mental. Define-se educação permanente em saúde como “uma estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde”, que agrega “aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”, estabelecendo relações entre os serviços de saúde, o ensino e o atendimento em saúde<sup>(109)</sup>.

A capacitação permite ao enfermeiro um processo constante de atualização teórica e prática sobre as questões da saúde e da doença mental. Ressalta-se que é possível utilizar várias estratégias educativas para o desenvolvimento da atualização dos profissionais de saúde, como oficinas, palestras, dinâmicas de grupo, cursos e treinamentos, que devem tentar romper com o modelo tradicional de transmissão de informações.

É importante motivar a presença da equipe nesses encontros educativos de aprimoramento profissional, adotando metodologias participativas e problematizadoras que valorizem as experiências e os conhecimentos dos profissionais, que busquem discussões construtivas, que estimulem a reflexão coletiva<sup>(110)</sup> e, conseqüentemente, a sensibilização e a conscientização de toda a equipe, mas principalmente dos enfermeiros, sobre a problemática dos atendimentos em saúde mental nos CS.

O enfermeiro pode e deve, inclusive em parceria com membros da universidade (docentes e discentes), planejar e organizar um trabalho de educação permanente com os

demais profissionais de saúde do CS, promovendo a educação da equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar o atendimento do usuário em adoecimento mental.

Deste modo, quando a ideia de trabalho multiprofissional mais a de interdisciplinaridade estão presentes nas capacitações profissionais é possível desenvolver habilidades e competências baseadas na integralidade da assistência, evitando sua fragmentação em especialidades<sup>(111)</sup>.

Contudo, essas capacitações devem se constituir como uma atividade contínua do serviço e, na perspectiva de um processo educativo emancipador, deve-se estimular nos profissionais de saúde a busca constante do aperfeiçoamento das relações interpessoais existentes no cotidiano dos serviços (entre os próprios profissionais e entre profissionais e pacientes) para viabilizar “a integração e a cooperação da equipe visando maior desempenho grupal”<sup>(110)</sup>. Além disso, é preciso construir uma visão crítica conjunta sobre o processo de trabalho realizado nos CS, buscando incluir nesta avaliação a participação dos usuários.

A verbalização de E2/CS-A, traz uma importante reflexão sobre o papel das instâncias governamentais, como a SMS, com vistas a uma melhor capacitação de seus funcionários na área da saúde para oferecer um serviço de qualidade à população. Sabe-se que em algumas situações não há investimento da instituição de saúde no profissional, não colaborando para sua qualificação. É fundamental articular os diferentes serviços de saúde com as instituições de ensino e com outros setores da sociedade para planejar, negociar e viabilizar ações de assistência em saúde mental; bem como ampliar os recursos humanos e técnicos, através de investimentos provenientes destas parcerias (estados/ municípios, instituições formadoras, organizações diversas da comunidade).

Sobre a formação acadêmica em saúde mental, faz-se importante relembrar alguns aspectos históricos. Quando houve, em 1923, a “institucionalização do ensino de enfermagem

no Brasil, não houve interesse pelo ensino de enfermagem psiquiátrica”<sup>(104)</sup>. Apenas em 1941 algumas escolas começaram a incluir tal disciplina em seus currículos devido à expansão dos hospitais asilares (hospícios). Em 1949, o ensino de enfermagem psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem tornou-se obrigatório, e caracterizou-se por ser totalmente voltado para o modelo biológico da doença e para uma assistência hospitalocêntrica. A partir da década de 50, estas características tiveram o acréscimo de uma terapêutica essencialmente medicamentosa. Na década de 1990, o ensino de enfermagem psiquiátrica e/ ou saúde mental começou a ser influenciado pelas ideias da RP, despertando discussões sobre as formas de abordar o conhecimento teórico e a prática assistencial em saúde mental<sup>(104)</sup>.

Agora, atenta-se para os seguintes discursos trazidos pelos sujeitos desta pesquisa:

*A experiência que a gente tem quando está na graduação, se reflete muito na nossa atuação, né? [...] quando você aprende a lidar com o paciente na emergência psiquiátrica, é totalmente diferente de você lidar com o paciente aqui [CS]. Quando você tem a oportunidade de conversar com ele e de entender o dia a dia dele, mudar alguma coisa na rotina dele, é completamente diferente. Acho que a formação [...] também tem dificuldades, acho que é por isso que eu saí com um pouquinho de dificuldade, porque não é todo mundo acostumado a lidar com paciente doente mental dentro ainda da questão: ‘ah, é que ia para o hospital, ficava internado’, ainda sofre esse reflexo, né? Acho que a luta antimanicomial é muito recente, e ainda encontra alguns preconceitos, algumas dificuldades. (E6/CS-B)*

*Na questão da mental... a gente tinha que ter um preparo maior... porque mesmo na universidade a gente tem uma coisa muito rápida. (E7/CS-C)*

*A formação em saúde mental, dentro da faculdade, é um pouco deficiente. Você sai meio despreparado para lidar com as situações de saúde mental. [...] numa situação, por exemplo, de um Centro de Saúde é difícil... (E11/CS-D)*

É interessante perceber a relação que estas falas têm com o tempo de atuação na enfermagem dos participantes da pesquisa, e a variação deste tempo, o que evidencia que o

ensino na disciplina de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental continua encontrando dificuldades históricas: uma delas é transferir os discursos teóricos da RP e as diretrizes da PNSM para subsidiar a formação profissional e a prática dos novos enfermeiros.

De fato, após a implementação da Reforma os conteúdos programáticos das disciplinas de enfermagem psiquiátrica sofreram alterações modestas, o que tende a tornar inalterável a falta de preparo prático até mesmo nos enfermeiros recém-formados<sup>(24)</sup>.

O ensino e a prática não podem estar desvinculados das políticas de saúde mental e dos preceitos da RP<sup>(107)</sup>. Esta é uma dificuldade exposta por E6/CS-B, pois se infere que há o enraizamento de um modelo de cuidado excludente nos CS e amplamente reproduzido, mas que hoje os enfermeiros o reapresentam em suas práticas de uma forma mais discreta.

Outra questão apontada é que os campos de estágios não podem se restringir apenas aos hospitais e aos CAPS, como é possível inferir pela fala de E11/CS-D. Hoje o ensino de saúde mental deve enfatizar também a demanda de cuidado existente nos CS para os pacientes mentalmente adoecidos. Um estudo envolvendo cursos de graduação em enfermagem de universidades federais no Brasil mostrou que a disciplina de enfermagem psiquiátrica utiliza como campo de prática, basicamente, os serviços de saúde mental, sendo a maioria no CAPS<sup>(24)</sup>.

As aulas práticas em enfermagem são as que proporcionam melhores oportunidades de aprendizagem, desde que realizadas em espaços reais, ou seja, locais “compatíveis com as condições sociopolíticas e culturais da assistência à saúde mental brasileira”<sup>(104)</sup> e para a situação atual E10/CS-C e E11/CS-D expõem bem o que tem acontecido, respectivamente: a saúde mental está “batendo à porta” dos CS; e a formação acadêmica não instrumentaliza o enfermeiro para atender demandas de saúde mental no âmbito dos CS<sup>(12,108)</sup>.

É preciso expandir esses campos de estágios aos outros serviços da rede que dão suporte à saúde mental, como os CS, já que alguns têm o auxílio da chamada “equipe de saúde mental” (psiquiatra e/ou psicólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou equipe de matriciamento) e outros não. Além disso, a preferência do ensino por estes serviços de saúde mental reforça a ideia de que eles servem exclusivamente para atender casos específicos, e tão somente, da saúde mental, ou seja, “a saúde mental parece estar circunscrita em uma redoma de especialidade, restrita a quem entende do louco ou da loucura”<sup>(108)</sup>.

Conseqüentemente, perpetua-se a crença de que os usuários com doença mental devem ser separados dos demais, só que agora eles são isolados perto da comunidade, ou seja, estão sitiados dentro da comunidade, dentro dos serviços de saúde mental ou em suas residências, como se estes fossem guetos de um grupo de indivíduos que destoa da normalidade social. Assim, fragmenta-se também a assistência desses usuários em sofrimento psíquico, pois há um local para tratar o adoecimento mental e outro para tratar as demais doenças não mentais.

Hoje, o ensino das disciplinas de enfermagem, de um modo geral, gera dificuldades para o professor que busca inovações pedagógicas visando a formação de enfermeiros críticos e reflexivos, pois ele se vê diante de uma situação complexa e ambígua: por um lado ele se esforça para utilizar novas práticas de ensino-aprendizagem; por outro, ele se vê reproduzindo um modelo tradicional de ensino que se cristalizou durante o seu próprio processo de formação. Assim, o ensino da enfermagem em saúde mental ainda reproduz formas de pensar e agir que correspondem à ideologia dominante da psiquiatria tradicional<sup>(104)</sup>.

Há outra dificuldade nas mudanças do processo de ensino-aprendizagem relacionada à rigidez dos currículos, evidenciado pelo fato de que estas transformações partem,

predominantemente, de alguns docentes que buscam pôr em prática novas metodologias de ensino e não têm muito respaldo das instituições de ensino de enfermagem<sup>(104)</sup>.

O fato é que a formação do enfermeiro na disciplina de saúde mental deve estar fundamentada no cuidado humanizado e no relacionamento terapêutico interpessoal, caracterizados pelo diálogo horizontal entre enfermeiro-paciente, em que ambos buscam soluções conjuntas para as dificuldades sociais e relacionais<sup>(24)</sup>, e para a construção do projeto terapêutico desse usuário. Esta formação deve ainda incluir a aproximação da família do usuário mentalmente adoecido, para a implementação de ações de cuidado destinadas ao familiar, pois estes têm várias demandas, como o isolamento social e os sentimentos de culpa e desesperança<sup>(15)</sup>.

Sabe-se, portanto, da necessidade de romper com os antigos paradigmas do processo de ensino-aprendizagem. Contudo, deve-se reconhecer a dificuldade dessa atitude, valorizando as mudanças, mesmo que pequenas, na busca de novas metodologias de ensino. O importante são as tentativas de aproximação entre o ensino da disciplina de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental e a prática assistencial dos serviços de saúde, objetivando a construção de uma prática profissional transformadora; o que torna essenciais as ações conjuntas entre ensino, pesquisa, serviços de saúde e os diversos setores da comunidade.

Encontra-se na sequência outra fala bastante relevante de E6/CS-B sobre a formação acadêmica e a grande dificuldade que as instituições de ensino têm em relacionar, de fato, a reabilitação social do paciente mentalmente adoecido com a prática assistencial vivenciada pelos enfermeiros.

*A gente sabe trabalhar com o paciente quando ele está internado, numa situação de urgência... Mas tentar trazê-lo [...] para um social é muito difícil, a gente ainda não aprendeu a fazer isso [...] trazer esse paciente para uma atividade social, dentro das limitações dele, o que ele pode fazer na sociedade?*

*[...] é isso que a gente precisa, a academia precisa começar a refletir também, como que ela vai ensinar, como é que ela vai começar a colocar isso para seus estudantes. (E6/CS-B)*

A reabilitação psicossocial é uma estratégia que objetiva reinserir o indivíduo mentalmente adoecido ao seu contexto social; ela propõe a reconstrução da cidadania visando aumentar as habilidades das pessoas dentro da sua singularidade. Trata-se de um processo extremamente complexo que envolve a mudança de toda a política dos serviços de saúde mental e daqueles que não são específicos para a área, e inclui ainda profissionais da saúde, usuários, familiares e comunidade<sup>(112)</sup>. Além, é claro, da desconstrução lenta, e longínqua, de um pensamento social impregnado nos discursos e gestos preconceituosos que torna a reinserção do doente mental um processo estranho para compreender e difícil para aceitar, pois faz pouco tempo que este usuário foi realçado à comunidade.

Então, E6/CS-B traz um questionamento inquietante, comum aos enfermeiros e às escolas de enfermagem: como inserir este usuário na sociedade? De fato, é algo difícil de ser implementado conforme as preconizações da RP e PNSM. Para isso se efetivar “os princípios do SUS e da atenção psicossocial devem (re)orientar a formação, o cuidado e a gestão, a fim de que a saúde mental integre o campo de atenção da ESF” e os CS devem ser reconhecidos como parte “indispensável da rede de atenção psicossocial, atuando principalmente na promoção à saúde mental”<sup>(113)</sup>.

A construção efetiva da atenção psicossocial também depende dos profissionais de saúde e dos gestores para que superem o modelo biomédico e exijam dos órgãos formadores capacitações contínuas em saúde mental, visando a qualificação profissional e a melhora do atendimento. Esta é uma forma de estimular o comprometimento coletivo (de trabalhadores, gestores e instituições formadoras) pela efetiva mudança do modelo vigente<sup>(113)</sup>.

Já a integralidade assistencial, promovida pela atuação conjunta da rede de serviços à saúde mental, é que vai viabilizar a cidadania e a participação social – que são fundamentais tanto na ESF quanto na atenção psicossocial; e é a integralidade que vai fazer a diferença na qualidade do atendimento prestado, pelos CS, às pessoas adoecidas mentalmente<sup>(113)</sup>.

*É um desafio conseguir de fato uma articulação multiprofissional dentro do Centro de Saúde, no atendimento desses pacientes. [...] o que pega mesmo e o que inviabiliza isso de acontecer é a falta de preparo dos profissionais. (E4/CS-A)*

É importante entender que, apesar das mudanças nas diretrizes curriculares, a formação dos enfermeiros em saúde mental ainda está muito fundamentada no modelo de assistência biomédico, biologicista, hospitalocêntrico, farmacoterapêutico e individualista. Portanto, desconsidera as “referências socioculturais que podem transformar os pacientes em agentes de transformação da realidade social”<sup>(100)</sup>. Aliás, frisa-se que a própria organização dos serviços de saúde e das instituições de ensino continua voltada, predominantemente, para o tratamento com ênfase na doença do indivíduo e para a fragmentação assistencial<sup>(99)</sup>. No que diz respeito ao ensino, tem-se o exemplo dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de enfermagem em que a organização dos modelos curriculares consiste na divisão por disciplinas com conteúdos desarticulados entre si.

Percebe-se, então, que os enfermeiros representam socialmente o atendimento em saúde mental como um trabalho em que eles têm pouca qualificação para agir. Esta representação está tão disseminada entre este grupo que se cristalizou em um núcleo central (objetivação) estruturado na ideia fixa de capacitação e de formação do enfermeiro em saúde mental. Já o sistema periférico – no qual os enfermeiros ancoram significados ao objeto (a assistência em saúde mental) que lhes causa estranhamento<sup>(69)</sup> – consiste na falta de preparo específico, na formação acadêmica deficiente e na falta de experiência na área psiquiátrica que

impedem tanto os enfermeiros recém-formados quanto os experientes de atuarem ativamente no campo da saúde mental. Supõe-se que somente ao atender tais carências profissionais haveria possibilidade de os enfermeiros transformarem suas representações atuais e participarem efetivamente da atenção oferecida aos usuários mentalmente adoecidos.

### **7.2.2. Fragmentação da assistência na saúde mental**

Nesta subcategoria será discutida a fragmentação da assistência na saúde mental tanto nas relações entre os serviços da rede de apoio quanto na falta de integralidade praticada pelos próprios profissionais da saúde dentro dos CS. Conforme fora destacado na subcategoria anterior, a formação acadêmica segmentada existente nos cursos de graduação em enfermagem e a persistência de um ensino fundamentado no modelo biomédico, que enfatiza a cura de doenças por meio de um tratamento limitado ao indivíduo doente, contribuem significativamente para que os enfermeiros pratiquem um cuidado nos mesmos moldes: fragmentado, individualista e reducionista<sup>(114)</sup>.

Ao comentar sobre a cultura biomédica dominante, Franco Basaglia *apud* Berlinguer<sup>(99)</sup> afirmou que quando há a ruptura entre sofrimento individual e realidade torna-se simples dedicar-se à doença como um fenômeno isolado do mundo e organizar em torno disso o tratamento e a cura, os quais serão mais impotentes quanto mais completo for o rompimento entre indivíduo e a própria história, tornando a doença um fenômeno incompreensível, principalmente quando se tem um olhar muito objetivo do processo saúde-doença. Ainda segundo Basaglia *apud* Berlinguer<sup>(99)</sup>, é desta forma que nasce o “*ocultamento sistemático* daquilo que produz sofrimento e doença, na organização do trabalho e na vida social”, pois independente da origem, “é sempre no corpo do indivíduo ou no corpo de grupos de indivíduos

que está o problema, nunca nas condições de vida a que certas populações são obrigadas a viver.”<sup>(99)</sup>.

Portanto, quando se aborda o cuidado integral à saúde inclui-se, não só a dimensão individual, caracterizada por vivências “únicas e pessoais do sofrimento e do adoecimento”, mas também a dimensão coletiva, em que a saúde das pessoas é influenciada pelo contexto onde estão inseridas<sup>(114)</sup>.

Contudo, hoje os profissionais da saúde ainda têm dificuldades para lidar com estas duas dimensões, pois “o individualismo tornou-se a base da cultura, da economia e da política”<sup>(102)</sup> e a concorrência humana é a norma da sociedade de mercado (capitalista), logo as pessoas consideradas anormais ou estranhas pelo padrão social instituído são impiedosamente forçadas ao abandono e à exclusão. Por isso, acredita-se que quanto menos competitiva é uma sociedade, mais praticável é a sua integração<sup>(99)</sup>.

No campo da saúde, principalmente, da saúde mental, verifica-se que não há um olhar integral e amplo em relação aos usuários que tenha como propósito buscar suas necessidades de saúde, sociais, culturais etc., esta seria a integralidade no seu sentido vertical<sup>(38)</sup>. Este olhar reduzido pode ocorrer devido a pouca mobilização entre os profissionais para realizarem um trabalho conjunto, mas isto também encontra explicações na organização do sistema de saúde atual e na sua relação com a RP e as diretrizes da PNSM.

Com a desinstitucionalização e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos para uma rede de apoio à saúde mental, houve a descentralização do atendimento e a tentativa de construir uma rede de assistência integrada. Entretanto, esta descentralização também fragmentou os níveis de atenção e os serviços de saúde mental passaram a fazer parte do nível secundário, havendo a necessidade de selecionar (ou encaminhar) os usuários que poderiam

ter acesso a esses serviços<sup>(115)</sup>, apesar do princípio da universalização do acesso instituído e enfatizado pelo SUS.

Coube, então, à atenção básica este papel de “segmentar os serviços” direcionando o usuário para suas especialidades. Porém, tal medida gera lacunas na assistência<sup>(115)</sup> em saúde mental, porque os encaminhamentos passaram a ser feitos de modo indiscriminado pelos profissionais dos CS, já que nem todos os usuários em adoecimento mental necessitam de um atendimento mais complexo, e medidas simples oferecidas pela rede básica podem ser suficientes para tratar e prevenir a doença mental, além de promover a saúde. No entanto, a rede de saúde mental e as equipes especializadas na área se transformaram em uma válvula de escape para as dificuldades que a equipe de saúde dos CS tem para lidar com os usuários com sofrimentos mentais, o que incluem as dificuldades pessoais (preconceitos) e as profissionais (formação e capacitações insuficientes).

As entrevistas evidenciaram o quanto estes pacientes são desintegrados pela assistência prestada pelos enfermeiros e pela própria organização do trabalho existente nos CS. Nota-se certo distanciamento ou acomodamento do enfermeiro em atender a pessoa em sofrimento mental, principalmente, quando há a presença de uma equipe especializada no serviço. Em várias falas fica claro que o profissional evita o atendimento, delegando o encargo exclusivo dessa assistência à equipe de saúde mental, que é compreendida pelos profissionais da saúde como sendo formada apenas por psiquiatra, psicólogo e TO.

Também se entende que ao invés da equipe especializada integrar a equipe de saúde da família, na verdade a tal equipe de saúde mental se tornou um serviço à parte no CS e à parte da própria equipe da ESF (composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco ou seis agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário).

Os CS não foram preparados para incluir o atendimento em saúde mental e os profissionais da saúde mental não foram preparados para integrar um serviço de atendimento mais amplo e multiprofissional. Daí surge outra questão, a equipe é multiprofissional, mas as condutas são individuais para cada profissional, não há interdisciplinaridade e, conseqüentemente, não há integralidade na assistência. Seguem-se as falas para exemplificar as explicações acima:

*Fica meio que separado mesmo... eu cuido da parte biológica, quando se trata de saúde mental aí já encaminho direto para a psiquiatra, sem ter um aprofundamento nessa conversa... (E6/CS-B)*

*[...] a gente fica mais na parte clínica mesmo... como a gente tem a área da saúde mental aqui, tem a psicóloga, a terapeuta [ocupacional] e o psiquiatra, a gente acaba não se envolvendo muito, acaba ficando um grupo mais excluído o grupo da saúde mental... poucos deles passam com a enfermagem, a gente tem pouco contato, aí vai para o clínico, o clínico [diz] 'ah não, tem doença mental!', já volta para a psiquiatra. (E8/CS-B)*

*[...] o paciente que tem diabetes, hipertensão e transtorno mental, ele é descompartilhado. [...] A importância que a gente dá para a clínica, o psiquiatra não dá para clínica. Ele dá se o paciente tem um transtorno mental e se está com uma descompensação da mental, se não está, aí é problema do clínico, não é da mental. [...] essa questão clínica e saúde mental, eu acho ela... descompartilhada. [...] A gente precisa de alguém da saúde mental para poder ajudar nessa compensação, você não consegue encaixar... ter um olhar maior do que aquele paciente com transtorno mental dentro do consultório: eu aqui, você lá e ponto. Uma socialização... discussão de casos. (E2/CS-A)*

Percebe-se, ainda, que os profissionais da saúde continuam utilizando esquemas dicotômicos para classificar as doenças, que são rigidamente divididas em dois blocos antagônicos. Assim, têm-se as doenças infecciosas e as não infecciosas, as agudas e as crônicas, e claro, as físicas e as mentais, entre outros exemplos<sup>(99)</sup>.

Como fora visto nas representações sociais da doença mental, os profissionais tendem a direcionar suas ações para o corpo e a doença, preferencialmente, física, pois isto exige um conhecimento científico objetivo e fragmentado. Em contrapartida o conhecimento psíquico e social é frequentemente desvalorizado<sup>(100)</sup>.

Abaixo se tem uma verbalização que mostra uma atitude comum dos enfermeiros: o atendimento de usuários adoecidos mentalmente só ocorre quando estes apresentam outra doença associada. Esta, por sua vez, recebe toda a atenção do profissional enquanto o transtorno mental tende a ser ignorado e encaminhado à especialidade; quando não pelo enfermeiro, incumbe-se a tarefa do encaminhamento ao profissional que realiza a triagem dos pacientes ou o “acolhimento”. Alguns profissionais têm dificuldade em lidar com o sofrimento dos outros e, portanto, preferem lidar com a doença que exige condutas mais racionais e objetivas, sendo menos dotadas de subjetividade<sup>(114)</sup>.

*[...] paciente que tem só transtorno mental e nenhuma outra comorbidade acaba, às vezes, nem chegando para gente, acaba vindo para o enfermeiro aquele que tem outras intercorrências. (E2/CS-A)*

Destaca-se que a saúde mental pode estar relacionada a diversas doenças e não apenas às doenças ou transtornos mentais. É comum a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo, assim como os transtornos físicos. Doenças mentais e físicas também podem ocorrer juntas, aliás, isso é muito frequente com o aumento da idade. Problemas de saúde física podem não só coexistir com doenças mentais como podem prognosticar o início e a persistência de um adoecimento mental<sup>(52)</sup>.

Verifica-se pelas falas abaixo que o enfermeiro também divide os usuários conforme lhe convém e de acordo com as funções de cada profissional. Na fala de E7/CS-C, torna-se evidente a preferência pelo profissional médico e o enraizamento de um pensamento comum

aos enfermeiros relacionado à manutenção de uma assistência baseada insistentemente no modelo biomédico. Já em E11/CS-D, vê-se o quanto a visão estigmatizada do enfermeiro sobre os pacientes com doenças mentais influencia o comportamento preconceituoso no atendimento em saúde mental, a ponto de levar a indiscriminados encaminhamentos, e que são, ao mesmo tempo, discriminatórios. Aqui se frisa, novamente, a importância da formação acadêmica como órgão disseminador para reapresentar aos futuros enfermeiros e à sociedade as ideias preconizadas pela RP e pelas diretrizes da PNSM.

*[...] O sonho... é ter um psiquiatra na unidade, não só para demandar os pacientes [...] mas tendo o apoio você consegue lidar melhor com a situação.”*  
(E7/CS-C)

*[...] eu não tenho afinidade mesmo, a saúde mental, então me incomoda... se eu puder que outra pessoa atenda, eu prefiro... o trabalho fica melhor [...] eu faço se só estou eu aqui, senão peço para alguém que tem mais afinidade com essa área. [...] sinto um desconforto... com a situação [...] e aí eu passo para frente, vejo alguém para atender, alguém da mental... (E11/CS-D)*

Ainda assim, nota-se que os enfermeiros, mesmo tendo uma atuação muito pautada no modelo biomédico tradicional, quando realizam o atendimento de usuários adoecidos mentalmente, utilizam estratégias simples de atenção à saúde mental nos CS, mas que nem sempre são planejadas e sim realizadas de modo pontual, como a escuta atenta e o acolhimento, que permitem a apreensão do sofrimento do outro e fornecem informações suficientes para realizar orientações adequadas a determinada situação de saúde<sup>(8,22)</sup>. Trata-se do uso da tecnologia leve, que se refere às formas de se relacionar com o paciente nas ações de assistência à saúde e que, atualmente, tem se configurado em uma das principais necessidades dos pacientes<sup>(116)</sup>, pois parecem ser realizadas com a solidariedade necessária para oferecer alívio ao sofrimento deles.

*Vejo isso como função da enfermeira: ouvir, acolher, pelo menos para a pessoa sair confortável daqui (E1/CS-A)*

*[...] costumo conversar, entender, a gente tenta fazer o encaminhamento. Então é tranquilo, eu faço assim com bastante frequência. (E2/CS-A)*

*A enfermagem consegue atender esse paciente, mas ela vê por outro lado. Você vai tentar acalmá-lo [...] fazer uma anamnese, [...] fazer vínculos de referência na própria família [...] Muitos casos dão certo só ouvindo, na conversa [...]. A gente consegue dar... um alívio para o paciente naquele momento (E7/CS-C)*

Porém, estas práticas, apesar de comuns, são ações individualizadas realizadas em situações de emergência e são, frequentemente, seguidas por encaminhamentos. Tal fato não é de todo ruim, pois se entende que existe uma tentativa de buscar a integralidade e a resolutividade dos problemas que aos enfermeiros se apresentam. No entanto, é preciso pensar em até que ponto o encaminhamento é realmente resolutivo para o paciente e até que ponto ele é uma simples transferência de responsabilidade do cuidado para outros serviços, ou seja, uma desresponsabilização no cuidado com o usuário, contribuindo ainda mais com a fragmentação dessa assistência<sup>(114)</sup>.

Sabe-se que existem profissionais que tem facilidade com este tipo de assistência e a realizam com o intuito de ser o mais efetivo possível em suas ações, mas há outros que realizam a “empurroterapia”, encaminhando o doente para outro profissional sem dar resolutividade ao problema<sup>(8)</sup> e sem um acompanhamento integral do usuário. Neste caso, infere-se que a solução é “livrar-se” do usuário em adoecimento mental através do ato de encaminhar a outro profissional da equipe de saúde mental ou para o clínico pelo menos prescrever medicações. Esta é uma situação de fragmentação da assistência que ocorre dentro do próprio CS, do CS para o CAPS e vice-versa. Vejam-se os exemplos:

[O atendimento é] *muito voltado nos dois profissionais de saúde mental, psiquiatra e psicólogo... qualquer queixa que entra: 'ah, é da saúde mental!'. Então já tenta fazer o encaminhamento um pouco forçado.*" (E1/CS-A)

*Teve um paciente que [...] precisava fazer uma cirurgia, então ficou aquele jogo de empurra no paciente... O CAPS mandava para cá e o clínico mandava para lá, mas ele é um paciente como um todo, né? Ele é o nosso paciente que tem [uma queixa clínica] e que é um paciente que tem surto psiquiátrico.* (E10/CS-C)

A integração entre CS e CAPS deveria ocorrer através da equipe de apoio matricial deste último serviço. Neste caso, o apoio matricial visa dar suporte técnico às equipes de saúde da família na área de saúde mental, auxiliando na construção conjunta do projeto terapêutico individual do paciente. Esta equipe deveria oferecer inclusive capacitações para os profissionais da ESF<sup>(8)</sup>.

Nota-se que a assistência em saúde mental prestada pelos enfermeiros do CS é focada no atendimento das necessidades clínicas do usuário e, portanto, torna-se habitual para o CAPS encaminhar os cuidados clínicos de saúde para a unidade básica. Percebe-se que o cuidado visa atender só as necessidades emergenciais da doença e acabam não contemplando o indivíduo doente com uma assistência integral<sup>(16)</sup>.

Já a integração entre equipe do CS e profissionais da equipe de saúde mental deste próprio serviço fica restrita a algumas reuniões de equipe, e percebe-se que nem todas as equipes têm a participação dos profissionais específicos da área psiquiátrica; assim como o matriciamento apresenta falhas quanto ao suporte oferecido à equipe da ESF, já que dificilmente há compartilhamento do conhecimento e do planejamento do cuidado com toda a equipe de saúde da família.

*Na minha equipe, a reunião é num horário que não tem nem o psiquiatra nem a psicóloga [...] então tem uma dificuldade de construir isso... alguns profissionais do CAPS fazem o matriciamento [...] só que essas reuniões são a psicóloga, o*

*psiquiatra e o CAPS. [...] elas são em horários péssimos [...]. E às vezes fica a discussão do CAPS com a equipe de saúde mental descolada da equipe de referência... Não dá para discutir com a equipe de saúde mental e a equipe não está inserida em nada, porque fica estagnado mesmo, cada um tem um olhar.*  
(E3/CS-A)

Ainda em relação aos encaminhamentos dos usuários mentalmente adoecidos, os enfermeiros relataram algumas situações comuns também identificadas em outro estudo<sup>(8)</sup>: consultas com o psiquiatra ou psicólogo ou TO quando o CS dispõe desses profissionais no momento do atendimento; consulta, por ordem de preferência, com o médico clínico ou com o enfermeiro, quando não há um profissional do “trio” de saúde mental; consultas especializadas para o CAPS, o Pronto Atendimento (PA) e o oferecimento de atividades existentes nos Centros de Convivência (CC); visitas domiciliares e, por fim, a solicitação de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No contexto da atenção psicossocial torna-se cada vez mais necessária a aproximação entre os serviços de saúde mental e a atenção básica, e entre estes, a comunidade e outros setores que não são da saúde, isto é, a intersetorialidade, que é outro sentido dado à integralidade e indica a interação entre políticas públicas<sup>(38)</sup>.

Assim, nem sempre é possível o enfermeiro dar resolutividade para alguns casos de adoecimento mental atuando apenas no CS. Nestes casos, os profissionais necessitam do apoio da rede de ajuda mais especializada e precisam da corresponsabilização entre as equipes dos diferentes serviços para garantir a continuidade das ações de saúde<sup>(114)</sup>. Trata-se de uma integralidade no seu sentido horizontal, em que é preciso haver uma sequência de atendimento com diferentes serviços e unidades de saúde<sup>(38)</sup>. Muitas vezes, cabe ao enfermeiro este papel articulador e mediador entre os serviços, em uma tentativa de romper com as práticas fragmentadas de assistência à saúde.

Mas como afirma E7/CS-C, há situações em que os próprios profissionais têm dúvidas quanto ao fluxograma dos encaminhamentos na rede de saúde mental e quanto à definição das suas funções nas ações assistenciais na área psiquiátrica, o que dificulta ainda mais a articulação entre os serviços, prejudicando o andamento e a resolutividade dos casos, levando a consequências danosas tanto à saúde do usuário quanto à do profissional, como o estresse referido por E7/CS-C. Muitas vezes o estresse reflete as dificuldades que as pessoas têm que enfrentar e os recursos que elas dispõem para solucionar um problema. Portanto, o estresse pode ser a expressão do sofrimento do profissional ao realizar determinadas ações.

*[...] em muitas coisas a gente também é impotente ou tem o limite do profissional na questão de agir [...] você começa a interrogar: 'encaminho para onde, para quem?', 'não tem vaga', [...] e fica esse jogo até conseguir resolver a vida do paciente [...] demanda um tempo e um estresse grande para conseguir encaminhar esse paciente para algum lugar [...] às vezes, demora a passar para frente e fica meio enroscado... (E7/CS-C)*

Diante do exposto, faz-se necessário definir normas para regular a logística de acesso e fluxo dos usuários nas redes de saúde mental, o que favoreceria uma definição mais clara das responsabilidades inerentes a cada serviço e a melhor articulação intersetorial para o planejamento de intervenções efetivas à saúde dos usuários em adoecimento mental<sup>(115)</sup>.

Hoje o processo de cuidado em saúde mental necessita de uma construção coletiva: que inclua ações não só multiprofissionais, mas também interdisciplinares; que envolva a corresponsabilização da assistência em seus diferentes níveis e de seus diversos atores, mas que o usuário seja o principal protagonista no planejamento desse cuidado; a família também deve estar envolvida nesse processo como peça fundamental nas tentativas de buscar a reinserção social dos usuários mentalmente adoecidos. A valorização do acolhimento e da escuta atenta proporciona maior vínculo com o usuário<sup>(114)</sup> em sofrimento mental e com sua família. A interação entre os serviços de saúde com fluxogramas horizontalizados e/ou mais

flexíveis e interdependentes – e não hierarquizados no esquema de referência e contrarreferência – proporciona uma rede de cuidados centrada no usuário, considerando a singularidade de suas demandas em saúde<sup>(115)</sup>.

Mas como se observou nesta subcategoria, a mudança deve ser mais profunda e incluir também um processo de cuidar em saúde e em enfermagem focado na integralidade das ações intra e intersetoriais, o que depende de transformações radicais nos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde mental e nos CS<sup>(114)</sup>.

Sendo assim, entende-se que nesta subcategoria, as representações sociais dos enfermeiros acerca do atendimento em saúde mental têm como elemento da objetivação a divisão biológica que o enfermeiro faz do usuário mentalmente adoecido, segmentando-o em duas partes: uma física, o corpo físico, e a parte mental, o “corpo” psíquico; portanto o núcleo central da objetivação pode ser traduzido como sendo a fragmentação da assistência ou a não integralidade do cuidado.

Já o componente da ancoragem é constituído pelos sistemas periféricos relacionados à existência de sentimentos de aversão em relação ao doente mental (preconceitos), transformados em ações de não responsabilização pela assistência, distanciamento e acomodação no atendimento, gerados pela presença de outros membros da equipe que podem realizar uma tarefa que causa incômodo, que é estranha. Aqui, enraíza-se o pensamento comum de que se deve transferir o atendimento para profissionais especializados, sendo a prática habitual o encaminhamento dos usuários, como se fosse uma “solução normal”, ou seja, o seguimento normal de uma regra já estabelecida pelo sistema da rede em saúde mental para atender os usuários em sofrimento psíquico.

### **7.2.3. Ações e visões relacionadas à família dos usuários adoecidos mentalmente**

*A questão familiar é decisiva para qualquer sofrimento mental. Sempre tem relação com a família, né? Não é descolado. (E3/CS-A)*

A família é a primeira e mais significativa rede social de uma pessoa, o que a torna fundamental na recuperação de saúde do seu parente adoecido<sup>(16,44)</sup>. A sociedade moderna idealizou intensamente a família: ela é responsável por tudo, tudo se refere a ela<sup>(117)</sup>. Mas a família em alguns momentos na história foi excluída da assistência em saúde mental por ser considerada causadora ou culpada do problema e, por isso, nociva ao tratamento<sup>(5)</sup>.

Entretanto, se sabe que com a RP a atenção em saúde mental passou a dar maior ênfase na participação ativa da família quanto à custódia e à responsabilidade dos cuidados à pessoa adoecida mentalmente; além disso, essa atenção deveria ser feita o mais próximo possível da comunidade, ou seja, do contexto social em que o usuário está inserido<sup>(15,118)</sup>.

Assim, os usuários mentalmente adoecidos passaram a frequentar mais os CS. Conseqüentemente, houve a necessidade de saber como estava a situação de saúde de seus familiares<sup>(8)</sup>, pois há situações em que o sofrimento impõe obstáculos não só à vida cotidiana do doente, mas também da família, que pode sofrer para mantê-lo e assisti-lo<sup>(99)</sup>. Então, cabe também aos enfermeiros olhar para o familiar como um “ser humano integral, multifacetado e histórico”<sup>(15)</sup>.

Hoje a família se tornou uma aliada no cuidado do seu parente em adoecimento mental, e ela pode contribuir muito na reabilitação psicossocial desse usuário, considerando-se que “o processo de reabilitação está diretamente vinculado à casa, ao local de acolhimento que atende as demandas materiais e afetivas do indivíduo”<sup>(15)</sup>.

Contudo, a simples transferência de responsabilidade para a família constitui um problema, pois a ideia de perigo ligada a esses pacientes permaneceu, e o incômodo com a presença deles foi transferido à sua família e à comunidade<sup>(99)</sup>, sem que estas fossem adequadamente preparadas para manejar a crise e conviver com a diferença<sup>(15,119)</sup>.

Compreende-se que a convivência com o adoecer mental é marcada pelo sofrimento e reflete a inabilidade da família de lidar com a doença e o seu despreparo para participar ativamente do processo de cuidado<sup>(16,118)</sup>. Muitas vezes este familiar/cuidador está sujeito a vários tipos de desgastes (sociais, econômicos, culturais, físicos e psicológicos) gerados pela sobrecarga de funções e pela falta de auxílio do seu grupo familiar, ficando exposto a situações prolongadas de estresse, que podem comprometer a saúde, a vida social, profissional, financeira, a relação entre membros da família, entre outros. Seguem-se os exemplos:

*Normalmente a família tem muita dificuldade de lidar [...] são pessoas muito sofridas que estão cansadas de lidar com aquela situação [...] porque uma coisa é a gente conviver pontualmente com este paciente, outra coisa é o familiar que está dentro de casa, que às vezes não tem contenção... (E4/CS-A)*

*[...] os familiares já não aguentam mais... alguns colaboram, mas [...] é difícil, [a família é] pouco colaborativa, na sua maioria, porque são pacientes que desgastam bastante [...] só que eles [familiares] se cansam muito fácil, né, porque é uma rotina. (E7/CS-C)*

As falas de E4/CS-A e E7/CS-C demonstram que os enfermeiros estão cientes da sobrecarga a que os familiares estão sujeitos quando se refere ao cuidado do usuário mentalmente adoecido. Mas nota-se que E4/CS-A faz referência a práticas de cuidado em saúde mental que remetem ao modelo da psiquiatria tradicional. Esta verbalização – comum em outras entrevistas, mas que trazem o exemplo da medicação – enfatiza a carência de recursos técnicos, como a contenção, que pode ser física, medicamentosa, ou até mesmo de espaço, os quais as famílias, em geral, não têm à disposição em seus domicílios. Já E7/CS-C, queixa-se

da não colaboração da família e ainda frisa a falta de persistência dos familiares no cuidado ao usuário, como se a responsabilidade fosse toda e tão somente da família. Entende-se que não são os enfermeiros que não querem ajudar, mas sim, que há falta de interesse dos familiares. Há, portanto, uma transferência unilateral de responsabilidade que parte do serviço de saúde aos familiares.

Os enfermeiros devem compreender que à sobrecarga do cuidado se soma o fato de que, assim como o usuário, a família também é alvo de preconceitos e discriminação social<sup>(8,16,118)</sup>, porque de certa forma a sociedade ocidental transformou a instituição da família em um lugar tão especial que a culpabilização dos familiares sobre o aparecimento das doenças mentais se “naturalizou” socialmente ao longo da história, perpetuando a ideia estigmatizada de que a doença mental é incapacitante e condenando algumas famílias, ou só alguns de seus membros, aos sentimentos de vergonha e culpa. Assim, alguns núcleos familiares tentam esconder a pessoa adoecida da sociedade, por considerar esta doença intolerável e inaceitável<sup>(117)</sup>.

Esta situação demonstra o preconceito da própria família<sup>(15)</sup>, comprovando o forte enraizamento das representações sociais sobre a doença mental, o que influencia diretamente as ações de cuidado praticadas também pelo familiar e não só pelos enfermeiros. Trata-se, neste caso, de uma referência a uma das principais características da representação social: os conhecimentos são transmitidos culturalmente, de geração em geração<sup>(68)</sup>.

Em contrapartida E2/CS-A traz uma compreensão da família que se mostra mais ampla em relação às outras falas analisadas e que merece destaque. A verbalização traz à tona a desinstrumentalização da família para exercer o cuidado e as dificuldades relacionadas às conjunturas sociais e econômicas que influenciam a dinâmica familiar, concluindo que isso leva à desassistência da família sobre seu parente adoecido. Contudo, apesar de usar tecnologias

leves em suas condutas e o conhecimento de informações importantes, não se notou ao longo desta entrevista ações de assistência mais incisivas, que levam a uma continuidade no acompanhamento do usuário e de suas famílias, o que corrobora um modo de agir comum entre os enfermeiros e que não acompanha a ideia trazida pelo exemplo abaixo:

*A gente tem uma dificuldade grande de participação da família [...] a família tem dificuldade de acompanhar esses pacientes, [...] tem um despreparo. As famílias não estão estruturadas para se agregarem para o cuidado desse paciente. [...] Muitas vezes aquela família não entende o que aquele paciente está sofrendo e o quanto ele precisa da ajuda da família. [...] Um olhar... que não é de todos os profissionais... é entender porque a família não consegue cuidar desse paciente. [...] Se você não tem um olhar para escutar essa família e entender que [...] a família passa por dificuldades, se a gente sabe que não tem quem fique para trabalhar e é a única fonte de renda, como é que faz entre sair do trabalho para cuidar daquele paciente? [...] Então fica sobrecarregado com um só da família. [...] porque ou você cuida do paciente ou você o abandona, ou você... cuida com menos atenção. (E2/CS-A)*

Devido aos problemas enfrentados, a família também deve, urgentemente, ser foco de cuidado. Para isso, cabe à equipe de saúde dos CS, e principalmente ao enfermeiro, reconhecer a necessidade de as famílias serem incluídas no processo de cuidado à saúde e terem o apoio do serviço, além de reconhecer que as mesmas tem papel fundamental no planejamento e na execução de um cuidado mais qualificado, humano e ético<sup>(8,15,44)</sup>, incluindo o processo de reabilitação psicossocial.

No entanto, infere-se pelas falas que o suporte fornecido pelos enfermeiros às famílias além de eventual, é escasso, pois eles não sabem como lidar ou oferecer às famílias o amparo e a instrumentalização necessários para enfrentar as diversas situações a que a doença submete o parente em sofrimento mental, como nas intervenções à crise ocorridas em domicílio<sup>(8,118)</sup>.

Percebe-se que, assim como nos serviços de saúde em geral, o enfermeiro do CS também não tem a preocupação de expandir seu olhar para os familiares dos usuários com adoecimento mental. Conforme visto na subcategoria anterior, quando se pensa que, muitas vezes, é difícil o enfermeiro atender o próprio usuário da área de saúde mental, a tendência é acreditar que o mesmo ocorra no atendimento à sua família.

Vê-se nas falas que a relação estabelecida com a família, geralmente, é esporádica, isto quando o profissional não a torna invisível para si e para o serviço. Ressalta-se que as verbalizações sobre as práticas de enfermagem voltadas à família trazem uma condição ao familiar: é ela que deve manifestar suas necessidades; então se infere que a conduta habitual do enfermeiro em suas consultas clínicas não é conhecer todo o contexto de vida do usuário, seguindo o princípio do SUS de integralidade da assistência. Vejam-se os exemplos:

*Não tive muito contato com o familiar... eu não conseguiria explicar. [...] Precisaria de uma sensibilização maior da equipe, para enxergar que por trás daquele paciente tem uma família, muitas vezes a gente não vê... (E8/CS-B)*

*A gente tem uma dificuldade de lidar com um membro ou com a família inteira [...] trazer essa família para cá [CS], para o profissional demanda um estresse grande, né? Porque aí é a pergunta: o que vou fazer com ele? Para onde eu mando, qual profissional vai acolher? (E7/CS-C)*

*O familiar [...] a medida do possível a gente tenta acolher [...], mas não existe uma ação estruturada de orientação e acompanhamento para essas famílias, não. Mas também a gente nunca pensou numa ação para que a gente conversasse com esta família nesse sentido, as ações são bem pontuais mesmo. (E4/CS-A)*

*A gente [fica] disponível para qualquer dúvida, de precisar conversar, se o paciente tiver algum problema, uma descompensação. [...] A gente dá um suporte, [deixa] à livre demanda deles. Não tem um trabalho que a gente vai atrás deles. A gente vai atrás quando tem necessidade, quando a gente precisa*

*para o tratamento do paciente, a gente precisa do familiar junto. Aí a gente vai atrás, se não... a gente não tem nada específico para o familiar. (E9/CS-C)*

O que se tem é o atendimento eventual, que depende apenas do familiar e não do interesse do profissional em um cuidado mais amplo de saúde da família. A importância da família para o enfermeiro está na ajuda que ela pode dar no cuidado ao usuário, o foco do cuidado é o doente, todas as ações são para ele. O familiar é útil para o tratamento do usuário, para ajudar na administração da medicação em casa, para ouvir e seguir orientações quase impositivas dos profissionais da saúde.

Portanto, delega-se à família um papel custodial, que outrora foi do enfermeiro, para supervisionar e vigiar o parente mentalmente adoecido e socialmente ainda perigoso. E é só nos casos de necessidade profissional – para tratamento e esclarecimentos de dúvidas em relação ao cuidado informal que o familiar faz – que o enfermeiro do CS apresenta-se disponível para uma conversa, também informal e sem planejamento, sem elaboração de uma assistência sistematizada, sem ações de cuidado bem delimitadas junto de uma equipe interdisciplinar e de apoio intersetorial, ou seja, sem condições de dar encaminhamentos resolutivos para uma assistência contínua de qualidade que envolva o usuário e sua família.

Inclusive, o enfermeiro também tem dificuldades para trabalhar com as famílias, porque elas, assim como os usuários, estão carregadas de sofrimento, do qual o profissional tende a se distanciar justamente por não saber lidar com tantos sentimentos, muitas vezes, antagônicos. A consequência disso é o desamparo assistencial da família do usuário mentalmente adoecido no âmbito dos CS.

Às vezes, a concepção de saúde do enfermeiro não coincide com a da família, por isso é necessário que o profissional não atenda a família utilizando como base suas próprias ideias

pré-concebidas sobre o que seria a família ideal<sup>(5)</sup>, isto tende a inibir o familiar de modo que ele não se sinta à vontade para expressar suas próprias necessidades de cuidado.

A falta de informação qualificada agrava o estado de fragilidade dos cuidadores, porque gera a sensação de impotência e culpa. Deste modo, faz-se necessário atingir o familiar/cuidador com um suporte efetivo de intervenções<sup>(16,120)</sup>, tentando desconstruir as representações sociais preconceituosas que existem sobre a doença mental. O conhecimento facilita a compreensão e a aceitação da doença, auxiliando a família no cuidado e a adesão do usuário ao tratamento<sup>(16)</sup>. Portanto, famílias bem acolhidas e orientadas em suas necessidades desenvolvem habilidades para cuidar melhor de seu familiar adoecido<sup>(15)</sup>. Entretanto, raramente a família busca ou recebe informações, por se sentir insegura quanto ao melhor modo de cuidar do paciente<sup>(16)</sup>.

Os enfermeiros devem sempre ter em mente que “as famílias não têm recursos para desempenhar o papel que delas é esperado”<sup>(15)</sup>. O apoio familiar e informal é fundamental na atenção à saúde mental, mas isso não isenta os serviços e profissionais de saúde do seu papel na promoção, na reabilitação social do indivíduo, e no aperfeiçoamento do suporte familiar, sem transferir para a família toda a responsabilidade em relação ao usuário<sup>(27)</sup>. É importante haver, no cuidado ao usuário mentalmente adoecido, uma corresponsabilização entre familiares e profissionais, de forma a se obter um cuidado integral do usuário e da família. Há estudos que mostram que os familiares necessitam ser instrumentalizados pelos serviços de saúde para construir essa parceria<sup>(15,16,118)</sup>.

Os enfermeiros reconhecem a importância da família para auxiliar no cuidado ao usuário mentalmente adoecido, mas pelas verbalizações nota-se que esta corresponsabilização pende para o lado da família. O enfermeiro se queixa de que o familiar: não tem paciência, não dá suporte para o serviço e os profissionais, de que na hora de ajudar se mostra ausente, não

compreende a doença e não responde da forma como o enfermeiro espera. Percebe-se que o enfermeiro tem uma visão negativa da família quando se trata do compartilhamento da responsabilidade do cuidado, basta atentar para as frases caracterizadas pelo negativismo.

*Do mesmo jeito que a gente tem que ter um vínculo muito bom com o paciente, a gente tem que ter com a família. [...] A família... não consegue compreender a doença mental e isso dificulta essa parceria, porque às vezes a gente precisa da família para atuar junto e essa família nem sempre vai responder da forma como a gente espera. (E3/CS-A)*

*O paciente [...] demanda uma grande parte da equipe de atenção para ele, mas ao mesmo tempo você tem que repassar isso para família [...] com a maioria não tem como o Centro de Saúde, em si, assumir o paciente. A gente assume a questão clínica, encaminhamento, [...] mas o externo, o acompanhamento diário, a gente não tem como responsabilizar o CS para ficar fazendo isso. (E7/CS-C)*

*De um modo geral, não vou falar 100%, é muito ruim. [...] a maioria o familiar cai fora... Tem uns casos bem complicados que a gente precisa da família, que o paciente não sabe tomar o remédio direito e precisa de alguém para supervisionar. (E9/CS-C)*

A fala de E7/CS-C coloca que o usuário já demanda muito do serviço, infere-se então que o apoio que o CS deveria dar para o familiar traria um sobrecarga muito maior de trabalho aos profissionais. Isto fica mais evidente na segunda fala apresentada de E7/CS-C quando afirma que trazer o familiar para dentro do CS gera um estresse grande para o enfermeiro. Por outro lado, compreende-se que o serviço não pode realmente fazer um acompanhamento externo diário de todos os usuários adoecidos mentalmente, mas pode fazer algumas visitas domiciliares para casos mais graves, numa ação conjunta com os CAPS e com as famílias. Mesmo assim, na atuação do enfermeiro se fortalece a imagem, que se estende ao CS, de um cuidado fragmentado e com baixa resolutividade.

Para atuar junto às famílias, o enfermeiro deve usar mais do que conhecimentos técnicos, ele deve se utilizar de recursos materiais e afetivos para estabelecer relações interpessoais terapêuticas, para ajudar na reconstrução da relação entre usuário e família, para estabelecer vínculo com o usuário e, inclusive, com o familiar, visando estabelecer uma relação de confiança com estes usuários do CS<sup>(5,8)</sup>.

Ao utilizar como estratégia as tecnologias leves de cuidado, como a responsabilização, o acolhimento, o vínculo, o afeto, o interesse em escutar e orientar, o enfermeiro garante, em parte, a prática da integralidade. Garante em parte porque estas ações precisam se refletir em atos de continuidade assistencial e para isso o enfermeiro tem que ir além, conhecendo e compreendendo a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para a partir daí, planejar uma assistência de qualidade conforme a necessidade dessa família<sup>(5,120)</sup>. O profissional pode ainda incluir atividades para esclarecer as dúvidas dos familiares sobre a doença mental e orientações para o uso adequado da medicação, para o manejo de comportamentos do usuário em sofrimento mental e para desenvolver com os familiares recursos emocionais de enfrentamento de problemas no âmbito familiar<sup>(8,15,118)</sup>.

Há estudos que apontam que os familiares se sentem desamparados e sem ter a quem solicitar apoio<sup>(15,16)</sup>. Portanto, a identificação e a compreensão dos equipamentos sociais de apoio à saúde mental também aumentam as estratégias do enfermeiro para elaborar propostas de cuidado que sejam adequadas às necessidades das famílias e do usuário mentalmente adoecido e que estejam em conformidade com o modelo de atenção psicossocial para a saúde mental, incorporando as várias dimensões de cuidado: social, psicológico, afetivo e o físico<sup>(44)</sup>; e a “reconstrução de lugares de sentido, de troca e de bem-estar”<sup>(5)</sup>.

As ações de saúde mental nos CS devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da RP que pressupõem a manutenção do usuário adoecido mentalmente no seu ambiente

cotidiano, evitando a internação. Apenas em casos de extrema necessidade deve haver a internação, sendo esta de curta duração e ocorrer de preferência em unidades de emergência psiquiátrica, preservando o vínculo com seus familiares e com sua rede social<sup>(8)</sup>. Deve-se combater a dependência institucional, tanto do usuário quanto da família, mas principalmente desta última, através da intensificação de intervenções terapêuticas junto ao grupo familiar e da promoção dos elos familiares<sup>(118)</sup>.

O cuidado ao usuário mentalmente adoecido é complexo, por isso o enfermeiro deve estar atento à ambiguidade vivenciada pelos familiares no que diz respeito à disponibilidade ou não para o cuidado e, conseqüentemente, à permanência do parente adoecido em casa ou no hospital. Veja-se a fala:

*Esses pacientes são muito sozinhos... Eu não vejo a família junto com eles... A família não tem muita paciência, [...] às vezes, a família quer um lugar para internar esse paciente porque não consegue ficar com ele em casa. [...] a família [...] não dá muito suporte. (E11/CS-D)*

Estudos mostram que o familiar quer cuidar e estar próximo do usuário, mas ao mesmo tempo a família se sente exausta com o excesso de demandas do seu parente e, às vezes, considera o hospital ou os serviços extra-hospitalares uma alternativa para controlar quadros de crise, administrar medicamentos, dar continuidade ao tratamento, mas principalmente, dar um alívio para o seu desgaste emocional e físico, para as demandas de cuidados e os custos financeiros gerados pela assistência ao usuário. Mas também a alternativa da internação pode indicar uma tentativa de se manter a estrutura familiar, afastando o indivíduo doente<sup>(15,16,120)</sup>. É por esses motivos que a família ainda tem a imagem de que os serviços da rede de saúde mental devem estar estruturados e realizar atendimentos segundo o modelo hospitalar<sup>(15)</sup> e, portanto, oferecer mais opções de internações.

As famílias podem mudar seus conceitos sobre a doença mental e as formas de lidar com ela somente quando perceberem na prática que os “hospícios” não são mais necessários para lidar com algumas situações de crise. Isto só será possível quando houver o estabelecimento de um vínculo afetivo da equipe de saúde com os familiares, quando estes puderem confiar no cuidado fornecido pelos profissionais do CS a ponto de se sentirem seguros e exporem suas necessidades de cuidado, e quando houver mudanças técnico-assistenciais efetivas nos serviços que compõem a rede de saúde mental<sup>(119)</sup>.

As incertezas provocadas no núcleo familiar pela presença de uma doença em um de seus membros rompem com o equilíbrio e a dinâmica da família, a qual se vê obrigada a buscar meios para enfrentar estas adversidades, que mobilizam completamente toda a família. Por isso, diante dessa situação, é comum os familiares demonstrarem resistência e medo quando os profissionais oferecem qualquer tipo de proposta terapêutica<sup>(5)</sup>. No entanto, entre as estratégias usadas para lidar com uma situação tão difícil está a busca de conforto por meio do aconselhamento e orientação profissional<sup>(118)</sup>.

Por outro lado, um estudo mostrou que a ineficiência dos serviços extra-hospitalares e dos CS no atendimento das necessidades dos usuários mentalmente adoecidos e suas famílias é motivo de descrença da família no serviço, o que pode indicar que “a pouca resolutividade leva a família a desistir deste tipo de atendimento”, pois como se observa nas falas há uma longa lista de encaminhamentos visando ajudar, mas que não são resolutivos o que “causa desgaste no usuário e decepção quanto aos recursos disponíveis do sistema de saúde”<sup>(16)</sup>.

Como o pensamento comum dos enfermeiros ainda está ancorado no modelo biomédico com ênfase no sintoma, na medicação e na remissão dos sintomas da pessoa adoecida, entende-se que neste contexto assistencial de saúde mental, “a família só acompanha e informa, quando muito não deve atrapalhar”<sup>(5)</sup>. Este profissional não está adequadamente

preparado para abordar as dificuldades das famílias e a voltar seu olhar para a saúde mental dos familiares/cuidadores<sup>(15)</sup>. Os CS também não estão organizados sequer para uma prática de cuidado em enfermagem voltada para usuários da saúde mental, quanto mais para suas famílias.

Portanto, os investimentos na formação acadêmica e nas capacitações devem buscar novas maneiras dos enfermeiros se apropriarem do conhecimento para desenvolverem uma assistência integral, com ênfase na reabilitação psicossocial e na construção da cidadania do usuário mentalmente adoecido, além de incluir os familiares/cuidadores como foco do seu cuidado<sup>(8,15)</sup>.

Pela explanação acima, percebe-se que a objetivação refere-se ao atendimento dos familiares como sendo um procedimento também estranho, que não faz parte da realidade dos enfermeiros, poder-se-ia dizer que o seu núcleo central está na imagem que os enfermeiros têm da pouca colaboração dos familiares no cuidado aos seus parentes adoecidos. Já a ancoragem é composta pela sobrecarga física, emocional, financeira e social a que estão expostos os familiares, pela falta de preparo ou de interesse destes em colaborar no cuidado. Estas são dificuldades que justificariam a pouca responsabilidade assumida pelas famílias no auxílio ao usuário e que se tornaram senso comum entre os enfermeiros. A partir disso pode-se deduzir que os enfermeiros estão propensos a não ampliarem seu olhar de cuidado em enfermagem para o familiar do usuário mentalmente adoecido por acreditarem que cabe somente ao familiar a busca de ajuda a si próprio e a manifestação verbal de sofrimento ou adoecimento.

#### 7.2.4. Dificuldades para a realização da assistência em saúde mental

Esta subcategoria traz as representações sociais dos enfermeiros sobre o atendimento em saúde mental referente às dificuldades encontradas para realizar esta assistência no contexto dos CS. As principais dificuldades relacionam-se ao serviço e/ou aos usuários.

Inicia-se com os obstáculos que, pelo contexto das verbalizações, sugerem a existência de algumas especificidades inerentes aos usuários da saúde mental – mas não aos de outras especialidades clínicas – e que segundo os enfermeiros dificulta a assistência de enfermagem em saúde mental, como as dificuldades de compreensão, vínculo e problemas relacionados à medicação. Atenta-se para as falas:

*Às vezes, a percepção do que você está falando é diferente... o entendimento é diferente, a demanda dele é outra. (E4/CS-A)*

*É diferente de [dizer]: ‘você precisa fazer as coisas assim’ e a pessoa entender, né? Você tem que usar outra estratégia. (E11/CS-D)*

Nesses casos, mais do que a dificuldade de compreensão dos usuários adoecidos mentalmente, infere-se um questionamento dos enfermeiros sobre a capacidade cognitiva de tais usuários. Há de se considerar que, de fato, alguns têm déficits cognitivos, mas não todos. A utilização de estratégias de comunicação e orientações diferentes não se restringe à existência de doenças mentais, mas também considera fatores sociais, econômicos e culturais.

Sabe-se que a maioria dos pacientes com algum tipo de adoecimento mental possui baixa escolaridade<sup>(62,106)</sup>. Mas esta também é uma característica dos usuários atendidos na rede básica de saúde<sup>(121)</sup> e que não necessariamente apresentam alguma doença mental, mas podem apresentar sofrimento mental provocado por alguma doença “clínica”.

Cabe destacar que a compreensão e a comunicação estão diretamente relacionadas e, na área da saúde mental, as fragilidades deste sistema de comunicação se tornam mais evidentes porque durante uma crise o usuário passa a ser emissor e receptor de um conteúdo subjetivo<sup>(122)</sup>.

Entretanto, independente de ser paciente psiquiátrico ou não, realmente, a dificuldade de compreensão dos usuários é um fator que pode comprometer o atendimento no que diz respeito à adesão ao tratamento, sua continuidade e ao estabelecimento de vínculo com o profissional e o serviço de saúde.

Porém, percebe-se que os enfermeiros procuram responsabilizar o usuário mentalmente adoecido pela não compreensão das orientações a ele feitas. Existe uma tendência de se culpar o outro por uma falha na comunicação, principalmente, se esse outro for alguém familiar e socialmente vulnerável<sup>(122,123)</sup>. Por isso, faz-se importante, que o enfermeiro entenda o processo de comunicação para adotar um atitude profissional mais flexível e tolerante com as diferenças<sup>(122)</sup>.

Ao enfermeiro cabe a reflexão: se há problemas de compreensão deve-se pensar se antes houve falha de comunicação do profissional<sup>(123)</sup>. Muitas vezes são os profissionais que têm dificuldade de estabelecer um diálogo compreensível e acessível com os usuários em geral<sup>(124)</sup>. Pensando na saúde mental, esta situação se agrava devido ao receio dos enfermeiros em lidar com o sofrimento mental do usuário, que na sua representação social tem uma doença que o torna estranho e nocivo, e que obrigará este profissional a lidar com uma gama de sentimentos não familiares dele próprio e do usuário.

Em relação à medicação, mais uma vez aparece a influência do modelo biomédico nas atitudes não apenas dos profissionais, mas também dos usuários.

A princípio, os enfermeiros demonstram frustração quando afirmam que muitos dos usuários com algum tipo de adoecimento mental frequentam os CS com a finalidade primordial de receberem a medicação ou a renovação da receita sem a realização da consulta médica. Para os enfermeiros, os usuários supervalorizam a medicação e não se preocupam com o agendamento de consultas ou com o acompanhamento adequado de sua situação de saúde.

A falta de seguimento clínico e de avaliações periódicas dos usuários mentalmente adoecidos que usam psicotrópicos, antidepressivos, benzodiazepínicos, etc., “criam práticas de repetição de receitas”<sup>(124)</sup> que além de deixarem os usuários em dúvida quanto ao tratamento recebido e quanto à competência dos profissionais que os atendem, faz com que os enfermeiros manifestem sentimentos de impotência diante de tais práticas.

Entretanto, as condutas de encaminhar os usuários para a equipe de saúde mental do CS ou dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, e verbalizações como a de E11/CS-D mostram que o enfermeiro valoriza a presença do médico psiquiatra para realizar a consulta e/ou prescrever a medicação e se contentam quando o médico clínico faz o papel do psiquiatra porque assim é possível “segurar um pouco” o usuário.

Infere-se que é desta maneira que os CS tentam resolver uma parcela dos casos de saúde mental que atendem, através de uma “intervenção farmacológica para manter o usuário compensado”<sup>(125)</sup>, portanto, não há perspectivas de uma assistência integral e contínua, e nem de um trabalho de reabilitação social.

Ressalta-se que não se pretende subestimar a importância da medicação, mas o enfermeiro é o profissional que pode e deve buscar outras estratégias de cuidado para a saúde mental, visando ações de promoção e de prevenção, além de tentar dar visibilidade a sua profissão, desvinculando-se de um processo de trabalho excessivamente atrelado ao modelo biomédico. Vejam-se as falas:

*O paciente [...] só quer renovação de receita. [...] Isso me dá uma... frustração [...]. Eles não estão preocupados com o acompanhamento [médico]... estão preocupados com o remédio, a medicalização. (E9/CS-C)*

*Essa fase é muito ruim, [...] não tem o psiquiatra, [...] então a gente fica meio sem saber o que fazer... o clínico consegue medicar, segurar um pouco com a medicação... (E11/CS-D)*

Em um estudo<sup>(66)</sup> também com enfermeiros, os mesmos afirmaram que o contato com o doente mental na ESF ocorre através da consulta médica, da prescrição de medicação e da distribuição de psicofármacos. Os enfermeiros limitam-se, igualmente a este estudo, a encaminhar os usuários, corroborando o fato de o atendimento em saúde mental nos CS estar centrado na psiquiatria tradicional, que valoriza a doença e a medicação. Já outra pesquisa revelou que um dos serviços oferecidos para os usuários em adoecimento mental era a transcrição de medicação, que se restringe a repetição de receitas sem a avaliação clínica correta<sup>(12)</sup>.

O excesso de medicação nos atendimentos dos CS aos usuários em sofrimento mental cria uma cultura de dependência excessiva e alienação, pois as pessoas tem sua capacidade de enfrentamento autônomo às doenças e ao estresse cotidiano da vida diminuída<sup>(12)</sup>.

Há outras dificuldades relacionadas à organização do trabalho no CS, como o espaço físico inadequado, a alta demanda de atendimentos no geral que leva à falta de tempo, as limitações do matriciamento, e a estrutura da rede de saúde mental. Seguem-se as falas:

*A gente não consegue dar maior resolutividade por conta do espaço físico. Não consigo ser resolutiva pela própria forma de organização do serviço, pela quantidade de atendimento [...] e pelo pouco tempo, porque a gente não consegue ter uma qualidade melhor, a gente acaba sendo mais quantidade. (E1/CS-A)*

*A gente faz o acolhimento numa sala maior... só que é um paciente do lado do outro, não tem privacidade. (E5/CS-B)*

Percebe-se que, de fato, a ação assistencial do enfermeiro não é resolutive no que tange à saúde mental nos CS. E, sabendo disso, os enfermeiros tentam, em suas reflexões verbalizadas, justificar o porquê desta baixa resolutividade. Trata-se de uma série de explicações que começa pelo acolhimento que é realizado em um espaço físico inadequado, onde os usuários entram juntos e não se sentem à vontade para relatar suas reais necessidades de saúde.

O acolhimento é a “relação estabelecida na porta de entrada da unidade pela equipe de profissionais com os pacientes” e está relacionado “ao modo de produção do trabalho em saúde”. Quando o enfermeiro realiza o acolhimento de forma ética e humanizada, a partir de uma escuta qualificada e responsável, permite a construção de uma boa relação terapêutica interpessoal com o usuário adoecido mentalmente, o que implica uma relação de confiança, tendo como consequência natural o estabelecimento de vínculo deste usuário com o serviço<sup>(66)</sup>. Entretanto, o vínculo e a continuidade da assistência exigem preparo profissional e pessoal para lidar com o sofrimento humano<sup>(8)</sup>, e já foi visto em subcategoria anterior que hoje isto não é uma realidade entre os enfermeiros que atuam nos CS.

Aliás, nota-se, pelas falas de E1/CS-A e E5/CS-B, que o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e usuário já fica comprometido pela existência de um sistema capitalista de produção do trabalho em saúde. Isto é, o acolhimento, hoje, é visto erroneamente como sendo uma triagem de usuários em série, onde cada um é direcionado para uma especialidade, pois a prioridade é a quantidade atendida. Neste espaço de acolhimento é necessário que o profissional perceba o sofrimento mental do usuário para então direcioná-lo a uma sala à parte, isso quando há uma disponível. Vê-se, então, que há uma restrição à privacidade do usuário

justamente por não haver um espaço físico adequado para atendê-lo. Frisa-se que esse incômodo da falta de privacidade se estende aos demais usuários que não são casos da saúde mental.

Depois da falta de um local apropriado para se fazer o atendimento, o enfermeiro ainda enfatiza a falta de tempo para que ele possa conversar com o usuário adoecido mentalmente e aprofundar-se na queixa, valorizando a manifestação do sofrimento dos usuários e engajando-se na busca efetiva de ações de enfermagem que atendam as necessidades deles e garantam uma assistência de qualidade.

Sabe-se que a demanda nos CS, não só de saúde mental, mas de outras doenças, é grande e diversificada e, somando-se ao atual sistema de produção do trabalho em saúde, ao qual estão sujeitos seus trabalhadores, entende-se que sobra, de fato, pouco tempo para se realizar tantos atendimentos, o que obriga os enfermeiros, no caso, a realizarem suas consultas e ações de enfermagem baseadas no esquema mecanizado de “queixa-conduta”<sup>(124)</sup>. Isso gera tensão entre os enfermeiros, pois estes têm que organizar seu tempo de trabalho em torno de várias solicitações de atendimentos não agendados, que lhes são trazidos constantemente pela equipe de saúde dos CS.

Nota-se pela fala de E1/CS-A que a falta de tempo refere-se ao enfermeiro, ou seja, o profissional está preocupado com o seu tempo: o tempo para realizar o plantão, o tempo que tem para apressar suas tarefas e cumprir sua rotina. Os enfermeiros até “furtam” o tempo do usuário quando pensam, decidem e agem por ele durante um atendimento em saúde mental. Os enfermeiros precisam entender que para o cuidado em saúde mental o tempo não lhes pertence, e que o usuário adoecido mentalmente tem o seu próprio tempo, e este “tempo interno e de disponibilidade” precisa ser respeitado, porque são eles que determinam os resultados da assistência na enfermagem psiquiátrica<sup>(126)</sup>.

Em relação ao matriciamento – que “visa dar suporte às equipes da atenção primária compartilhando situações de trabalho cotidianas e produzindo uma corresponsabilização pelos casos”<sup>(124)</sup> – a falta de tempo também é um fator que justifica para o enfermeiro a sua não participação ativa nas reuniões. Tem-se o exemplo:

*Não consigo entrar na reunião [do matriciamento], porque tenho que dar retaguarda para o acolhimento nesse dia, nesse horário. (E3/CS-A)*

Por outro lado, os enfermeiros se questionam sobre as limitações do apoio matricial, afirmando que as reuniões são pouco frequentes, pouco objetivas, não havendo a elaboração de um projeto terapêutico concreto, no sentido de serem mais resolutivos em suas condutas. As ações se resumem a discussões de casos e à definição dos encaminhamentos, como as encontradas em outro estudo. No conjunto das entrevistas, percebe-se que os enfermeiros participam eventualmente dessas reuniões, as quais geralmente não ultrapassam a composição: equipe matricial do CAPS mais a equipe de saúde mental do CS. Parece haver dificuldade da gestão em organizar encontros em dias e horários adequados para que uma parcela significativa da equipe de saúde da família participe das reuniões<sup>(124)</sup>.

*[O apoio matricial] vem muito pouco. Em alguma situação específica [...] que demanda um pouco mais além da gente. [...] Eu entro [na reunião] junto com elas [equipe de saúde mental] para discutir casos [...]. Elas ficam... e discutem uma teoria dali e outra [...]. A gente tentou mudar essas reuniões, ser um pouquinho mais objetiva, essa é minha dificuldade [...] fica muito filosofando e o negócio [...] não concretiza. (E8/CS-B)*

É essa falta de resolutividade que, como já foi mencionada na subcategoria anterior, distancia os usuários e suas famílias do CS, pois eles não têm segurança na competência dos profissionais não médicos, basta notar a valorização da figura do médico e da prescrição médica, inclusive para os enfermeiros. O apoio matricial, neste caso, pode aumentar a

capacidade do acolhimento em saúde mental e oferecer alternativas terapêuticas que sejam complementares aos medicamentos ou até mesmo que possam substituí-los em alguns casos<sup>(41)</sup>.

Quanto à rede de saúde mental existente no município, os enfermeiros consideram-na deficitária. A dificuldade apontada diz respeito à estrutura organizacional da rede de serviços em saúde mental no contexto da saúde pública, devido principalmente aos obstáculos existentes para obter acesso aos serviços especializados de saúde mental. Exemplifica-se com as falas abaixo:

*Você acolhe, encaminha [...], dentro da própria unidade ou externo, para profissionais especializados, mas a saúde mental é bem deficitária na questão da saúde pública. (E7/CS-C)*

*É difícil mandar um paciente para o CAPS, para o Cândido [Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira]... tem paciente que você não sabe para onde você manda, [...] você fica meio... perdido [...] e a gente não sabe muito o que fazer, [...] porque você não está tendo para onde correr mesmo. (E11/CS-D)*

Nota-se que o fluxograma iniciado nos CS com o acolhimento, seguido, às vezes, de atendimento com o enfermeiro para depois culminar nos encaminhamentos frequentes, internos ou externos ao CS, também parece não atender as expectativas dos enfermeiros de haver maior resolutividade dos casos através da maior agilidade nesse fluxo. Ressalta-se que a rapidez no encaminhamento ou no ato de se livrar do usuário adoecido mentalmente não significa, necessariamente, a continuidade da assistência segundo os princípios da integralidade, porque o atendimento pode continuar sendo realizado de forma fragmentada em outro nível de assistência e permanecer desarticulado dos outros serviços de saúde e desvinculado de outros setores da sociedade, portanto, sem haver integralidade e intersetorialidade na prestação de cuidado ao usuário mentalmente adoecido.

O município onde se encontram os CS estudados possui “uma boa quantidade de equipamentos substitutivos de saúde mental, mas sofre com a pouca integração entre estes diversos equipamentos e a atenção primária”<sup>(124)</sup>.

Verifica-se pelas falas que a comunicação entre serviços de saúde mental e os CS é morosa, dificultando tanto o acesso dos usuários aos serviços especializados como a continuidade e a integralidade do tratamento quando os usuários estão sob os cuidados do serviço especializado, pois a comunicabilidade deste com o CS também é limitado<sup>(66)</sup>. Há, portanto, uma falha na efetivação do sistema de referência e contra-referência, além de não haver o cumprimento das determinações da PNSM que destaca como função do CAPS, por exemplo, o oferecimento de suporte à atenção de saúde mental na rede básica e o compartilhamento desta assistência<sup>(63)</sup>.

O frágil compartilhamento assistencial entre os serviços pode ocorrer devido à alta rotatividade de profissionais, o que se evidencia no perfil da amostra desta pesquisa, em que mais da metade dos enfermeiros tem menos de cinco anos de atuação no CS; como também pode ser devido à “grande variação do modelo assistencial de saúde a cada eleição municipal, comprometendo sua continuidade”<sup>(124)</sup>.

Compreende-se, então, que nas representações sociais do atendimento em saúde mental nos CS, a objetivação refere-se aos obstáculos presentes nessa assistência como sendo algo natural e que está tão cristalizado nas ideias dos enfermeiros que se torna quase imutável, impedindo-os de agir de forma diferente. Já a ancoragem está no fato do enfermeiro reconhecer os obstáculos como sendo exclusivamente causados pelo usuário e/ou pelos serviços de saúde, devido ao modo como estão estruturados organizacionalmente.

Os enfermeiros não se colocam entre os fatores que podem gerar uma assistência pouco qualificada na saúde mental no âmbito dos CS, o que fica evidente quando se pensa nas

ações que eles realizam voltadas para os usuários da área e na forma passiva como encaram os obstáculos da assistência em saúde mental. Apesar de se apresentarem como elementos estáveis no pensamento de senso comum dos enfermeiros, os obstáculos são passíveis de mudanças. Entretanto, os reais obstáculos assistenciais, que envolvem a atitude dos enfermeiros, sua submissão ao modelo biomédico de cuidado e seus preconceitos em relação ao usuário são imperceptíveis para o próprio profissional.

Deste modo, a tendência é que eles mantenham por muitos anos a crença nas dificuldades por eles relatadas e que existem de fato, mas continuem se eximindo da responsabilidade que lhes cabe de participar ativamente da organização do serviço, de buscar novas ações de enfermagem voltadas aos usuários da saúde mental nos CS, sem necessariamente terem especialização na área, mas com capacitações adequadas para isso, o que depende muito do interesse e da vontade dos enfermeiros de terem este aprimoramento e de exigirem-no junto aos gestores. Contudo, o que se vê através das verbalizações é mesmo uma não propensão às mudanças, pois o enfermeiro não se reconhece como importante nesse movimento de busca por transformações, ele simplesmente as espera.

### **7.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE: CONCEITOS DOS ENFERMEIROS**

Esta categoria se refere às representações sociais dos enfermeiros acerca das ações educativas em saúde e se divide em duas subcategorias. Ambas trazem as visões e os conceitos dos enfermeiros sobre as ações de educação em saúde e se concentram na questão básica da orientação de saúde, as quais estão voltadas para o usuário e seus familiares ou direcionadas para os próprios enfermeiros como uma forma de educação permanente.

Faz-se importante, neste momento, esclarecer que no que tange à educação em saúde os termos prática e ação são utilizados como sinônimos. Quando se pensa na TRS, a ação é a “coisa estranha” para o profissional (proveniente do universo reificado) e a prática é o que se conhece, é uma atividade rotineira, o senso-comum do trabalho profissional, pode-se concluir que a prática seria a representação social que os profissionais têm da ação, formada no universo reificado. No conteúdo das entrevistas não foi detectado uma diferenciação entre ação ou prática. Ambas são tratadas pelos enfermeiros como se tivesse a mesma significação. Aliás, em alguns estudos ambos são tratados como tendo o mesmo sentido<sup>(8,45,50)</sup>.

### **7.3.1. Orientações de saúde para o usuário e a família: autonomia para o cuidado e empoderamento em saúde**

Assim como em outras categorias, notou-se que os participantes do estudo tiveram certa preocupação em dar respostas teoricamente corretas, mas no decorrer das entrevistas foi possível identificar ideias de uma representação social comum. Deste modo, esta subcategoria trata da visão que os enfermeiros têm sobre as ações educativas em saúde de uma forma geral e, não especificamente, da saúde mental.

“A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população.” Nesse processo a população pode aceitar ou recusar novas informações, bem como adotar ou não novos comportamentos<sup>(27)</sup>. A ação de educação em saúde pode contribuir para a conscientização individual e coletiva, fomentando a corresponsabilidade pela saúde, os direitos da população e estimulando o controle social através de métodos participativos de educação.

Percebe-se que os enfermeiros acreditam que as ações educativas em saúde relacionam-se à prevenção da doença e à promoção da saúde. Mas como a prevenção e, principalmente, a promoção são ações que parecem um tanto estranhas mesmo para os CS – pois não estão tão presentes na realidade destes serviços e dos profissionais de saúde como deveriam<sup>(59,127)</sup> – as ações educativas em saúde são visualizadas como sendo orientações pontuais, feitas de forma mais individual do que grupal, sobre questões da saúde ou da doença, que podem estar voltadas para os usuários e seus familiares, e cujo principal objetivo é promover a autonomia do usuário para o seu cuidado e, conseqüentemente, para o seu bem estar geral de saúde.

As ações educativas em saúde podem, atualmente, fornecer informações e orientações de saúde de várias formas. Mas nesta subcategoria a discussão vai permear, basicamente, dois modos de produzir conhecimento em saúde, que são através das práticas pedagógicas tradicionais e das emancipatórias. Isto se deve porque as primeiras estão mais presentes no cotidiano dos enfermeiros-educadores, e a segunda já permeia as ideias destes profissionais, mas ainda não tem força suficiente para quebrar os paradigmas pedagógicos convencionais usados com frequência nas ações de educação em saúde dos CS.

As orientações e as informações de saúde fornecidas pelos enfermeiros deste estudo seguem predominantemente a educação tradicional, chamada de bancária por Paulo Freire, pois enfatiza a transmissão vertical de conhecimentos em saúde, onde o enfermeiro é o detentor do saber científico e o usuário detém um saber empírico, pouco valorizado<sup>(59)</sup>. Vê-se que o enfermeiro, em seu papel de educador, continua reproduzindo a educação bancária e não emancipadora<sup>(53)</sup>, o que contradiz a própria visão dos enfermeiros de que a orientação pura e simples sobre saúde conduz à autonomia e ao empoderamento do usuário.

Sabe-se que o modelo tradicional de educação baseia-se na ideia de que é o indivíduo que deve aprender a cuidar de sua saúde e esta, como já visto na primeira categoria, é compreendida pelos enfermeiros como sendo a ausência de doença<sup>(59)</sup>. Como na saúde pública tradicional as ações educativas em saúde também estão voltadas para a prevenção de doenças<sup>(50)</sup>, percebe-se, então, que em E5/CS-B e E9/CS-C a ênfase está, respectivamente, na prevenção das doenças e na ação individual como focos da orientação em saúde.

*É mais questão de orientação mesmo, orientar o paciente, orientar o familiar, [...] como promover o autocuidado, promover a autonomia... (E9/CS-C)*

*São ações que a gente tenta educar a população pensando na prevenção de doenças e promoção da saúde. Orientações para que ela não adoença. (E5/CS-B)*

*A própria consulta tem que ser educativa também, você tem que fazer a orientação, saber o que o paciente precisa. [...] Em tudo você pode fazer educação, desde o momento em que você está atendendo até uma reunião em grupo. (E10/CS-C)*

Já E10/CS-C lembra que as ações educativas podem ser também grupais. Mas o conjunto das entrevistas traz como destaque uma abordagem predominantemente individualista, que vai ao encontro da “questão de responsabilidade pessoal como indicador do uso correto da autonomia individual”<sup>(127)</sup>.

Em relação às famílias, é notável nas entrevistas o distanciamento que há entre enfermeiros e familiares, até quando os discursos colocam a família como receptora de orientações, estas são voltadas para o cuidado do usuário e às formas de realizar tal assistência. A família, mais uma vez, não é vista como alvo do cuidado, ela é um mero auxiliar que pratica um cuidado informal e necessário. Tem-se, abaixo, a seguinte verbalização:

*[...] fazendo orientações para os familiares, para promoverem a autonomia, o autocuidado do paciente (E9/CS-C)*

As ações de educação em saúde são destacadas pela Carta de Ottawa como sendo fundamentais para conquistar a autonomia, a participação popular, o empoderamento e uma maior qualidade de vida<sup>(128)</sup>. Além disso, elas devem ser uma proposta de construção compartilhada, multiprofissional, buscando a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a conquista da cidadania<sup>(9)</sup>.

A autonomia, muito citada nas entrevistas, significa a liberdade do indivíduo para controlar livremente sua vida e realizar suas próprias escolhas de modo racional, partindo das orientações e informações que lhe são apresentadas de forma clara, compreendendo que esta decisão afeta não só a vida do indivíduo, mas também da sua família e da coletividade<sup>(129,130)</sup>.

As ações educativas também devem estimular a autonomia da família para o cuidado do seu parente mentalmente adoecido, mas também devem permitir que ela troque experiências sobre esta prática de cuidado informal. Deste modo, as reais necessidades destas famílias podem se tornar mais visíveis aos enfermeiros.

O que não pode ocorrer são orientações voltadas apenas para a transmissão de procedimentos normativos relacionados à medicação, aos horários, às supervisões do usuário, ao modo de como lidar com ele. O enfermeiro deve considerar que “a família é detentora de um saber, uma visão de mundo, construídos pela sua práxis, no senso comum, que devem ser valorizados, considerados e respeitados”, sendo necessário, portanto, proporcionar momentos de discussão e reflexão, para que os familiares expressem seus medos, angústias, desejos, facilidades e dificuldades no cuidado ao seu parente adoecido<sup>(123)</sup>.

Em contrapartida, a obtenção da tal autonomia do usuário para o autocuidado também é colocada pelos enfermeiros como uma forma dos usuários não dependerem tanto dos

profissionais ou do serviço. Trata-se de uma autonomia que faz com que os usuários adoecidos mentalmente sejam capazes de se “autoencaminharem”, por exemplo, para um PA, sem terem que passar pelo CS, devido à alta demanda que este serviço já apresenta e devido também ao incômodo e ao receio gerados pelos estigmas e preconceitos da doença mental que os enfermeiros têm ao prestarem o atendimento em saúde mental. Seguem-se as falas:

*Todas as orientações que a gente dá visando à saúde, o bem estar do paciente, seja uma orientação de higiene ou da saúde mental, que tenha que ouvir, aconselhar [...] visando principalmente à autonomia daquele paciente, para que ele fique menos dependente dos profissionais... (E1/CS-A)*

*A ação educativa está muito relacionada em estimular o paciente a ser menos dependente do serviço. [...] saber quando tem que vir no Centro de Saúde, quando tem que ir direto para o pronto socorro. [...] é torná-los mais responsáveis pelo cuidado deles mesmos. (E11/CS-D)*

Nota-se também que há uma tendência dos enfermeiros utilizarem um discurso que reflete a influência do higienismo e que parece ser mais reproduzido em suas práticas de educação em saúde, que ainda seguem uma abordagem de ensino-aprendizagem tradicional e autoritária<sup>(9)</sup>. Tal fato pôde ser observado na tonalidade mais tranquila de voz dos enfermeiros e na maior desenvoltura com que se expressavam ao falarem desse tipo de ação, como higiene das mãos, dos alimentos e outras orientações sobre as atividades de vida diária para ter um estilo de vida mais saudável.

As ações educativas em saúde, baseadas no modelo tradicional, fragmentam o conhecimento e não consideram as necessidades cotidianas de saúde vivenciadas pela população. Neste caso, não há muitas opções e sim muitas imposições sobre o modo correto de agir, obrigando as pessoas a seguirem normas de condutas; há muita transmissão de informação, feitas sob a perspectiva da responsabilidade (ou culpabilização) individual do adoecimento<sup>(9,45)</sup>.

Como já fora discutido, o fato de os enfermeiros dos CS basearem suas práticas de trabalho, inclusive em saúde mental, neste modelo de atenção biologicista e curativista, centrado no atendimento médico e nos encaminhamentos aos especialistas, influencia estes profissionais a realizarem uma prática educativa em saúde que visa apenas a modificação de comportamentos inadequados, através de ações pedagógicas que privilegiam a mera transmissão de informações de conhecimentos pontuais e descontextualizados, que não consideram as reais necessidades dos usuários do serviço<sup>(45)</sup>.

Como já foi possível observar, foram encontradas também falas que trouxeram uma visão bastante teórica e idealizada das ações educativas em saúde e que estas devem ser realizadas de modo que o usuário apreenda saberes e adquira poder para tomar decisões de saúde. A questão duvidosa está na propensão atual dos enfermeiros para realizarem tais ações da forma como foi apresentada em seus discursos, porque se estes ideais permanecerem intactos a longo prazo há boas perspectivas para que a ação educativa em saúde dos enfermeiros se transforme em práticas que sejam, de fato, “empoderadoras” do saber em saúde.

*Qualquer ação que tenha como objetivo fortalecer a autonomia do paciente, o entendimento dele sobre as doenças ou a saúde. É munir o paciente de poder. Dar para ele autonomia de responder pelo seu corpo, pela sua mente e conseguir fazer escolhas, sejam boas ou ruins, mas que ele tenha conhecimento e autonomia para isso. (E3/CS-A)*

O empoderamento, ou *empowerment*, é o processo que permite a aquisição de conhecimentos para desenvolver a autonomia e a consciência individual e coletiva, necessárias para superar as desigualdades sociais e para devolver a dignidade, a cidadania, e principalmente, o poder e a liberdade a fim de que a pessoa decida e controle com

responsabilidade e consciência política-comunitária os determinantes que afetam a saúde das pessoas como os fatores políticos, socioeconômicos e culturais<sup>(53,119,130)</sup>.

Hoje, as ações de educação em saúde devem ir além da simples transmissão de informações, devem considerar para a construção de sua prática os valores, os costumes, as representações sociais do público alvo da ação educativa. Abdicar de uma conduta, às vezes prepotente, na qual o profissional tenta adivinhar as necessidades do usuário, reconhecendo a importância de agregar os diferentes valores sociais dos usuários e familiares à criação de novas condutas e práticas do enfermeiro na realização de ações educativas em saúde. Esta flexibilidade dos enfermeiros em valorizar, em sua prática educativa, o conhecimento tácito dos usuários e familiares, superando a visão cientificista e a imposição de comportamentos saudáveis, é que permite a aproximação entre o discurso idealizado dos enfermeiros e as práticas pedagógicas emancipatórias<sup>(131)</sup>.

É necessário, portanto, aliar os saberes do senso comum – formados no universo consensual – com os científicos, constituídos no universo reificado. Essa valorização do conhecimento prévio de usuários e de familiares faz parte das novas propostas pedagógicas de ensino e que são adequadas às práticas educativas em saúde dos CS, pois aproximam profissionais e usuários, favorecendo a formação de vínculos afetivos e institucionais, o que pode criar o hábito de participação da população nas ações de educação em saúde realizadas nestas unidades.

*A educação precisa ser falada não do nível científico ou do conhecimento que eu tenho, mas o conhecimento de quem está recebendo a informação vai entender. [...] Colocar as ações no padrão de quem recebe a informação e não de quem dá. (E2/CS-A)*

*Às vezes, a gente também pergunta o que eles querem saber a respeito de algum assunto, ver o que eles já sabem para não ficar repetitivo. [...] a gente vê de acordo com a necessidade que tipo de orientação vai ter que dar. (E5/CS-B)*

Para as pessoas fazerem escolhas mais saudáveis de vida é necessário haver a interação entre o conteúdo teórico e as vivências de cada um. Entretanto, as ações educativas em saúde devem estimular a adoção voluntária de comportamentos, sem haver imposições ou manipulações de grupos dominantes<sup>(45)</sup>, isto porque as intervenções educativas são realizadas, na maioria das vezes, para “populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente”<sup>(131)</sup>.

Assim, as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas de forma horizontalizada com indivíduos ou grupos para incitar a reflexão crítica da realidade em que estão inseridos, para só então poderem partir para a opção, ou não, de hábitos de vida saudáveis<sup>(45)</sup>.

Além disso, o enfermeiro deve usar uma linguagem adequada considerando as necessidades, os valores e as crenças desta população, pois há um descompasso cultural, social e econômico entre a lógica do profissional e a do usuário. Existe uma dificuldade recíproca para se entender a linguagem e a visão de mundo do outro. As ações educativas devem superar essas diferenças e para isso os enfermeiros devem estabelecer uma prática dialógica em que o processo de comunicação seja claro; e reconhecer que os usuários são construtores ativos do seu próprio conhecimento e a eles pertence o papel de protagonistas em suas decisões de saúde, as quais dependem de ações educativas, cujas estratégias pedagógicas partam das necessidades e da realidade vivenciada pelos usuários na comunidade<sup>(45)</sup>.

Acredita-se que este conhecimento teórico trazido pelos enfermeiros sobre ações educativas em saúde é valioso, mas preocupa as verbalizações abaixo, que indicam o que têm acontecido realmente na prática educativa dos enfermeiros, principalmente em relação à saúde

mental. Vê-se que os enfermeiros ainda utilizam um enfoque reducionista, tecnicista e biomédico, em que as orientações são voltadas para a redução dos fatores de risco, sem trabalhar a concepção de integralidade que envolve a saúde, considerando tanto usuários quanto familiares e o contexto em que vivem, suas crenças e valores, muitas vezes, diferentes dos que o enfermeiro possui. Seguem-se os exemplos:

*Conhecer os fatores que promovem sua saúde, os fatores de risco, [...] seria tentando o auto-cuidado... que a gente não faz. (grifo da autora) (E8/CS-B)*

*Trabalhar educação em grupo ou individual mesmo... de transmissão de informação, de orientação [...] que você consiga transmitir alguma coisa que vai ajudar a diminuir um transtorno lá na frente, né? [...] Isso a gente só consegue pegar depois de instalado, a gente não consegue fazer essa parte preventiva (grifo da autora): educar primeiro para a pessoa saber que vai ter que se cuidar. Quando você já pega você tem que fazer o caminho inverso. (E7/CS-C)*

A ESF, dentro dos princípios do SUS, tem o papel de consolidar a mudança do modelo hospitalocêntrico de assistência para um modelo preventivo e promotor da saúde, baseando-se na integralidade para atender os usuários e as famílias. Entretanto, nota-se pela fala de E7/CS-C e E8/CS-B que estas ideias não se concretizam por completo na prática do serviço, uma vez que o novo modelo ainda está em construção e precisa romper com o modelo anterior já cristalizado, incorporando novos conceitos e olhares dos profissionais para mudar o foco na doença e atentar para a “vulnerabilidade de grupos populacionais a determinados fatores de risco”<sup>(5)</sup>.

Em relação à saúde mental, este trabalho preventivo não é feito. O Ministério da Saúde (MS) tem apontado a necessidade de a ESF investir nas ações educativas em saúde, mas a saúde mental não está entre os conteúdos prioritários da educação em saúde<sup>(45)</sup>.

Os CS precisam ter espaços voltados para a educação em saúde e reorientar suas ações, enfatizando as práticas educativas de prevenção e promoção e estimulando o trabalho

participativo e intersetorial. Para isso é necessário haver uma oferta organizada de serviços e planejar o processo de trabalho visando atender não só a demanda espontânea, mas desenvolver ações educativas para as pessoas que não conhecem e não frequentam os CS<sup>(45)</sup>, com o objetivo de mudar condutas e gerar adesão às informações apresentadas<sup>(123)</sup>.

Assim, cabe ao enfermeiro-educador facilitar o processo de ensino-aprendizagem, articulando os diferentes setores junto com os gestores dos serviços e desenvolvendo ações educativas que gerem transformações sociais<sup>(45)</sup>.

O estímulo da autonomia para o cuidado e o empoderamento em saúde dos usuários, familiares e da comunidade depende de a secretaria de saúde do município promover programas contínuos de capacitações para os enfermeiros atuarem como educadores em saúde com foco na promoção da saúde mental como uma política pública capaz de transformar o modelo psiquiátrico conservador<sup>(59,127)</sup>. Além disso, faz-se necessário buscar metodologias menos tradicionais e mais inovadoras, que estimulem a relação dialógica e horizontal, e a troca de experiências, que só são possíveis quando há a criação de vínculo afetivo e de confiança entre profissionais de saúde, usuários e suas famílias<sup>(9,45)</sup>.

A representação social sobre as ações de educação em saúde é que origina a prática pedagógica atual dos enfermeiros, no caso, apoiada nos moldes tradicionais de ensino-aprendizagem. Isto porque o pensamento comum dos enfermeiros é de que as ações educativas são orientações de saúde transmitidas com o objetivo de não provocar doença, de gerar autonomia e poder para fazer escolhas de hábitos de vida mais saudáveis, o que remete à ideia da mudança comportamental e individual de saúde.

Entende-se que a representação social dos enfermeiros sobre a ação educativa em saúde tem como núcleo central, constituinte da objetivação, o ato de orientar, ou seja, as orientações em saúde informadas aos usuários tornaram-se um ato tão natural da prática

educativa que se cristalizou nas ideias do senso comum dos enfermeiros. Já o sistema periférico, que compõe a ancoragem, sustenta-se nos possíveis “efeitos” quase “curativos” gerados pela orientação, mas que não se evidenciam como sendo familiares aos profissionais como no caso dos discursos idealizados sobre a autonomia e o empoderamento dos saberes em saúde, os quais na realidade se refletem, ou estão enraizados, em situações conhecidas e desejadas pelo enfermeiro, porque parecem úteis ao seu cotidiano de trabalho, como a capacidade de autocuidado dos usuários e o controle dos sintomas das doenças, assim como a independência dos usuários e familiares em relação aos profissionais e aos CS.

### **7.3.2. Orientações de saúde para o profissional: educação permanente**

Nesta subcategoria tratar-se-á da visão dos enfermeiros em relação à ação educativa em saúde, sendo esta considerada por eles como uma possibilidade de realizar orientações de saúde voltadas para o próprio profissional do CS, tratando-se de uma forma de educação permanente. Percebeu-se certo embaraço ou dificuldade dos enfermeiros ao falarem sobre ações educativas em saúde, principalmente, em relação à saúde mental.

Inferiu-se pelo conteúdo das entrevistas que houve certa confusão dos enfermeiros entre os conceitos de Educação em Saúde, ação educativa em saúde e educação permanente em saúde. Isto também foi identificado em um estudo<sup>(53)</sup> que mostrou uma tendência dos profissionais compreenderem a ação de educação em saúde como um compromisso voltado à formação profissional, com atualização e capacitação constantes.

Sabe-se que a ação educativa em saúde e a ação educativa para o profissional fazem parte da Educação em Saúde, pois esta envolve um conjunto de práticas sociais feitas por profissionais de saúde, voltadas para eles mesmos, para a instituição e para o usuário<sup>(49)</sup> com o

objetivo de educar indivíduos ou grupos ou comunidades<sup>(50)</sup>. Portanto, a Educação em Saúde se refere a um processo mais amplo e complexo de educação: inclui grande parte da população, gera mudanças organizacionais no sistema de saúde e até mudanças legislativas<sup>(10,48)</sup>.

Nesse sentido, entende-se que, a grosso modo, as ações educativas em saúde incluem a “capacitação” para usuários, familiares e comunidade e devem ser realizadas por profissionais da saúde. Já a educação permanente em saúde é uma capacitação dirigida aos trabalhadores de um serviço e pode ser realizada por profissionais da saúde ou da educação.

Tem-se na fala abaixo do enfermeiro que a ação educativa em saúde engloba capacitações, treinamentos, reuniões e discussões de casos, como uma forma de aprimoramento da técnica e dos conceitos, podendo determinar um fluxo resolutivo para os atendimentos do serviço.

*[Ação educativa em saúde] não só do paciente, da própria equipe também. A gente faz treinamentos, capacitações, reuniões, discussões de casos para se apropriar do que está acontecendo, para se aprimorar da técnica, dos conceitos, para melhorar o andamento do serviço. (E1/CS-A)*

Além disso, o enfermeiro coloca que o aperfeiçoamento pode ser realizado pelo médico psiquiatra, e neste caso, infere-se que este aprimoramento ocorre de uma forma assistemática, não planejada, ocasional e informal, conforme vão surgindo as necessidades e dúvidas dos profissionais a respeito de um atendimento pontual em saúde mental. Inclusive a procura pela equipe de saúde mental da unidade para trocar informações sobre um caso depende do interesse pessoal do profissional em estabelecer este contato.

*Com os profissionais, com a gente, a questão vem de outra forma, no sentido mais técnico mesmo. [...] Às vezes tem bastante dificuldade assim: ‘Ah, medicação? Como é que eu lido?’, então ela [psiquiatra] faz esse trabalho com*

*eles [equipe de saúde]... comigo, eu sempre pergunto. Então, aí a questão da educação é mais individual, [...] quando eu falo dos profissionais de saúde.*  
(E6/CS-B)

Todos os profissionais da saúde são educadores em potencial<sup>(49)</sup>. A atuação de uma equipe multiprofissional pode promover a interdisciplinaridade e a produção de novos saberes fundamentais para desenvolver atividades de educação em saúde<sup>(51)</sup>. No entanto, mais uma vez identifica-se a valorização que o enfermeiro dá à figura do médico, reforçando o modelo biomédico e curativo da assistência e também em relação à prática educativa em saúde.

Deve-se, contudo, enfatizar a importância do enfermeiro como tendo um papel fundamental nas atividades de educação no CS. A formação do enfermeiro proporciona conhecimentos e habilidades essenciais para que ele seja um agente facilitador da aprendizagem e mobilizador de ações educativas em saúde, como a capacidade de comunicação, escuta e compreensão, bem como a negociação e a mediação com a equipe multidisciplinar<sup>(51)</sup>.

A capacitação profissional ou a educação permanente em saúde é entendida nesta pesquisa como sendo a aprendizagem significativa dos profissionais em seu ambiente de trabalho, considerando o cotidiano do serviço e suas práticas diárias, tendo como alvos principais o aprimoramento profissional, a integralidade da assistência, a maior resolutividade do serviço e a melhora na qualidade do atendimento prestado em saúde<sup>(110)</sup>. A educação permanente “baseia-se no levantamento de necessidades e nos resultados esperados a partir das ações educativas voltadas aos trabalhadores”. Assim, a educação permanente deve considerar as necessidades de saúde dos usuários, do serviço e as necessidades de ações educativas dos trabalhadores para melhorar a atenção à saúde da população<sup>(132)</sup>.

No entanto, as modalidades de educação utilizadas, apesar de variadas, estão muito centradas na organização de palestras, cursos e treinamentos. A maioria destes meios de capacitação profissional enfatizam o aperfeiçoamento técnico-científico e teórico, desconsiderando a prática de trabalho dos profissionais<sup>(110,133)</sup>, portanto, não conferem segurança e nem autonomia no desenvolvimento de novas atividades em saúde. Trata-se, neste caso, de uma educação continuada que “não forma um espaço de reflexão e crítica sobre as necessidades de cuidado dos usuários e das suas práticas correspondentes”, e que busca apenas a “mudança e transformação do indivíduo e não das práticas sociais”<sup>(132)</sup>.

Deste modo, a educação permanente, bem como as ações educativas em saúde, não geram mudanças significativas nas comunidades que fazem parte dos territórios de abrangência dos CS, pois não geram reflexão crítica e nem incorporam em suas práticas educativas as dimensões de gestão, participação e controle social<sup>(133)</sup>.

As capacitações são uma estratégia importante de potencialização dos recursos humanos em termos técnico, político e ético, e também para a consolidação do SUS<sup>(110)</sup>, pois ajudam não só a suprir as deficiências da formação acadêmica como promovem a atualização dos trabalhadores que atuam nos CS<sup>(133)</sup>. Uma formação profissional qualificada e uma capacitação contínua e periódica nos CS são fundamentais para a efetivação das políticas de saúde mental<sup>(24,108)</sup>.

É importante que os profissionais das equipes de saúde da ESF sejam valorizados e atendidos em suas necessidades. Como constatado nesta pesquisa e em outro estudo<sup>(108)</sup>, a falta de capacitação limita as ações de saúde mental (assistenciais e educacionais), que se agrava pelo fato de a educação permanente seguir conteúdos dos programas pré-definidos pelo MS, que vão na contramão dos interesses e das necessidades educativas de alguns profissionais, enfatizando apenas os interesses da instituição ou do serviço de saúde.

Hoje as capacitações enfatizam e seguem uma política de educação permanente programática, verticalizada e autoritária, abordando assuntos relacionados aos programas de saúde pública nas áreas de saúde da mulher, imunização, Hipertensão (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), etc., não incluindo entre suas prioridades uma política de educação permanente específica para a saúde mental<sup>(110)</sup>.

*A equipe, apesar de também não ser capacitada para tal, nunca ter participado de nenhuma capacitação, pelo menos no tempo que eu estou aqui, elas [auxiliares e técnicas de enfermagem] atuam bem com esses pacientes. (E5/CS-B)*

*Eu acho que precisava de mais capacitações, de mais envolvimento, tanto... da Secretaria quanto da equipe de saúde mental, quanto dos próprios profissionais... (E2/CS-A)*

A princípio, nota-se que há em E5/CS-B uma contemporização pelo fato de a equipe não ter capacitação para atuar com usuários mentalmente adoecidos e por compensar esta lacuna profissional com o empirismo. Ressalta-se que os conhecimentos práticos obtidos com a experiência de trabalho devem ser valorizados, pois estes profissionais possuem “maior propriedade de expressar as necessidades e problemas da realidade do serviço, estimulando no processo de educação permanente a troca mútua de experiências e a criação de novos saberes e práticas” de assistência e de educação em saúde nos CS<sup>(53)</sup>.

Também pelas verbalizações, vê-se que não há investimentos da SMS na capacitação para a saúde mental dos profissionais da atenção primária, como os CS, e nem envolvimento da equipe de saúde mental e dos profissionais para se articularem na organização de uma educação no trabalho que aborde tal tema.

Entende-se que para que as ações de enfermagem rompam com os padrões assistenciais e educacionais “torna-se premente a construção de uma política pública local de

capacitação e sensibilização, quanto ao papel social da enfermagem na saúde coletiva e na saúde mental<sup>(66)</sup>.

É importante consolidar nos espaços do serviço a educação permanente, pois já ficou evidenciado, pelas representações que os enfermeiros têm da doença mental e do atendimento em saúde mental nos CS, que estes profissionais possuem pouca qualificação para trabalhar com o usuário adoecido mentalmente, principalmente na forma de abordar este usuário em sua integralidade<sup>(24)</sup>.

*Toda atenção básica deveria ter um preparo maior, uma capacitação, um matriciamento... a saúde mental estar mais junto com a gente, para poder dar um suporte maior [...] para discutir casos, orientar a gente no manejo, ver quando a gente acerta, quando a gente erra, o que a gente poderia fazer de diferente... para a gente ir aprimorando mesmo nosso atendimento, melhorando, qualificando, né? (E9/CS-C)*

Nota-se o interesse dos enfermeiros na sua qualificação profissional em saúde mental por não saber lidar com certas situações, fato que também aparece em outro estudo<sup>(108)</sup>. Mas há uma preocupação maior em aprimorar os conhecimentos técnicos, principalmente na forma de manejar o usuário mentalmente adoecido, possivelmente em uma ocasião de crise, incluindo situações de choro e não apenas em casos de risco de auto ou heteroagressão, circunstâncias estas, que levam ao distanciamento dos enfermeiros da assistência em saúde mental, devido ao medo e à insegurança que geram, perpetuando os estigmas da doença mental.

Entretanto, uma pesquisa apontou que os enfermeiros de um hospital têm baixa participação nas capacitações oferecidas<sup>(111)</sup>. Outro estudo identificou que os trabalhadores de saúde se sentem desmotivados a participar das capacitações por não haver incentivo, principalmente financeiro, e nem o reconhecimento dos serviços quando participam destas atividades; porém, um dos principais fatores que geram o desinteresse são as metodologias

pedagógicas inadequadas utilizadas nas capacitações. Nestas, quanto mais envolvido e satisfeito o público alvo, melhores serão os resultados para o serviço<sup>(110)</sup>.

Diante do exposto evidencia-se a necessidade de transformações no modo como são realizadas as capacitações. O mesmo estudo mostrou que o uso de uma metodologia participativa e emancipatória, que incita a reflexão baseada em situações presentes na realidade de trabalho, rende melhores resultados para os trabalhadores de saúde do que somente a aplicação do método tradicional, que apenas expõe e transmite informações descontextualizadas<sup>(110)</sup>.

A educação permanente dos enfermeiros deve estar adequada às suas necessidades profissionais no que tange às questões de saúde mental e à quantidade de usuários existentes no território de abrangência do CS, sem desconsiderar também as necessidades desses usuários e do serviço de saúde.

Os programas de educação permanente em saúde, principalmente em saúde mental, voltado aos enfermeiros requerem “planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar, com objetivos bem definidos”, considerando os conhecimentos prévios dos profissionais e a limitação de recursos e tempo<sup>(111)</sup>, o que exige muita flexibilidade de horários tanto por parte de quem organiza quanto dos próprios enfermeiros. As capacitações devem ainda ser uma “oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços e a gestão”, visando estimular as potencialidades de cada um e ampliar a resolutividade dos serviços de saúde<sup>(110)</sup>.

A educação permanente em saúde deve estar alicerçada em reflexões críticas sobre processo de trabalho e nas discussões interdisciplinares entre a equipe multiprofissional com o objetivo de problematizar a realidade de trabalho e verificar quais são as necessidades de capacitação da equipe<sup>(110)</sup>, propiciando, assim, uma democratização institucional, além de

desenvolver a capacidade de educador do enfermeiro e potencializar o trabalho conjunto com as equipes matriciais<sup>(133)</sup>.

Há, inclusive, possibilidades de realizar educação permanente no apoio matricial, que entre as suas várias funções está a de oferecer apoio para a assistência, suporte e orientações técnico-pedagógicas na área de saúde mental às equipes da ESF<sup>(41)</sup>, e não exclusivamente para a equipe especializada dos CS.

O apoio matricial proporciona uma capacitação no próprio CS, através de atendimentos conjuntos entre o profissional da saúde mental e o da equipe de saúde da família, onde aquele orienta os atendimentos deste último, que aprende na prática como avaliar e intervir sozinho nos casos, utilizando as habilidades subjetivas desenvolvidas durante o “processo de ensino-aprendizagem *in loco*”<sup>(6)</sup>.

Já foi visto pelas falas de E6/CS-B e E9/CS-C que os enfermeiros veem como importante o compartilhamento de informações entre o CS e a equipe de saúde mental do próprio serviço ou do matriciamento, sendo este apoio vital para aumentar a capacidade resolutiva da equipe, as opções de intervenções em saúde mental na unidade, sejam assistenciais sejam educativas, e para qualificar a equipe interdisciplinar. Estas ações de educação no trabalho para o profissional, seja formal ou informal, podem também auxiliar os enfermeiros no acompanhamento medicamentoso, nas reuniões para a discussão das necessidades do usuário e na organização dos processos de trabalho<sup>(41,124)</sup>.

Com base no exposto, entende-se que as representações sociais acerca da educação em saúde no que diz respeito às orientações de saúde voltadas aos profissionais sob a forma de educação permanente têm como núcleo central da objetivação a ideia da formação profissional no trabalho, transfigurada e cristalizada pelos enfermeiros como sendo uma capacitação. Já a ancoragem aborda em seu sistema periférico as carências profissionais do

enfermeiro com relação à assistência em saúde mental no CS, que são: ser capaz de lidar com ou manejar o usuário adoecido mentalmente, ser capaz de lidar com as medicações, ser capaz de aprimorar tecnicamente o atendimento, ser capaz de entender o que está acontecendo e “acertar”, ou realizar corretamente, um atendimento que não é familiar para os enfermeiros.

Aqui se torna significativa a expressão de E1/CS-A sobre a finalidade da capacitação: “... *para se apropriar do que está acontecendo...*”, ou seja, para entender o desconhecido. No processo de ancoragem, as necessidades expostas pelos enfermeiros sobre o que fazer no atendimento em saúde mental estão incrustadas em um pensamento de senso comum, que pode indicar, a princípio, certa propensão destes profissionais em participar de programas de educação permanente na área da saúde mental.

#### **7.4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE MENTAL: PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Esta categoria trata das ações de educação em saúde mental no que se refere à participação dos enfermeiros. Aqui o conteúdo temático das verbalizações deste grupo profissional divide-se em três subcategorias. As duas primeiras destacam, respectivamente, as condutas educativas do enfermeiro considerando as abordagens individuais e coletivas que podem ser utilizadas em tais ações. Já a terceira subcategoria aborda os motivos, apontados pelos enfermeiros, que interferem na participação desses profissionais nas práticas educativas voltadas aos usuários adoecidos mentalmente no cenário dos CS.

### 7.4.1. Abordagem individual das ações educativas em saúde mental

Nos CS há o predomínio de atendimentos individuais para os usuários mentalmente adoecidos, principalmente no que se refere à equipe de saúde mental, que mantém intervenções terapêuticas individualizadas<sup>(8)</sup>. Mas os enfermeiros também realizam consultas individuais para esses usuários nos casos em que não há a equipe de referência em saúde mental na unidade.

Nestas consultas nota-se que a conduta praxe dos enfermeiros é conversar com o usuário adoecido mentalmente. Os profissionais concentram-se apenas na consulta individual, na qual ouvem atentamente, tentam identificar as necessidades do usuário, as quais os próprios profissionais avaliam como importante, e fazem as orientações educativas pontuais que julgam pertinentes naquele momento específico.

Os enfermeiros realizam predominantemente ações educativas individuais, pontuais e empíricas durante consultas não programadas para o atendimento em saúde mental, portanto, as orientações educativas em saúde são feitas igualmente de modo assistemático e eventual. Se somar esta esporadicidade da prática educativa à falta de preparo e a pouca qualificação profissional para atuar na área da saúde mental tem-se uma noção negativa da qualidade do serviço prestado no que se refere à efetividade das ações educativas em saúde voltada aos usuários mentalmente adoecidos.

*A minha atuação é mais na consulta, assim, individual. [...] a minha participação é mais quando eu atendo no Hiperdia e que o paciente também tem um problema mental. [...] Eu dou muito ouvidos, né? [...] a gente ouve, dá atenção.*  
(E10/CS-C)

*Como enfermeira não faço nenhuma consulta para a saúde mental, não tenho agenda, nada relacionado a isso, a gente atende mais no acolhimento, tenta*

*identificar a demanda, a necessidade, aquilo que é possível fazer, uma orientação, a gente faz, [...] conversa com o paciente... (E12/CS-D)*

Inferese pelo conjunto das entrevistas que a ação educativa é realizada da mesma forma para todos os usuários, sem que o profissional reflita sobre a individualidade de cada sujeito no processo educativo. Em contrapartida, entende-se que os profissionais estão praticando de alguma forma a ação educativa em saúde durante as suas atividades assistenciais.

Mesmo que estas ações não sejam realizadas de modo tão eficaz, nota-se, assim como em outro estudo, que os enfermeiros desenvolvem uma prática de educação em saúde atrelada à prática do cuidado<sup>(134)</sup>. Assim, as ações educativas geralmente estão ligadas às consultas individuais, que são espaços potenciais para trocar e produzir subjetividades, desde que a preocupação com o sujeito seja maior do que com a sua doença<sup>(14)</sup>.

Apesar de o foco principal da ESF ser a promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidade através da educação em saúde, as ações educativas voltadas aos usuários mentalmente adoecidos são realizadas essencialmente no momento em que esses usuários procuram os CS para receberem outros atendimentos e procedimentos cotidianos de saúde, os quais se dirigem, principalmente, à doença já instalada, seguindo os preceitos do modelo biomédico<sup>(59)</sup>. Este modelo ainda é a base da educação em saúde, que é conduzida com a finalidade de manter o organismo saudável e livre de doenças<sup>(46)</sup>, tendo como foco a prevenção e considerando o comportamento individual a principal causa das doenças, levando à culpabilização do indivíduo<sup>(59)</sup>.

O enfermeiro não deve se basear apenas nas orientações vinculadas às doenças, a sua prevenção e à identificação de culpados pelo desequilíbrio da saúde. Faz-se necessário superar as práticas educativas limitadas à orientação de comportamentos saudáveis e que na consulta

de enfermagem, o enfermeiro tente privilegiar uma conversa dialógica com o usuário<sup>(135)</sup>, propiciando a ele uma reflexão crítica e a construção de um conhecimento compartilhado<sup>(59)</sup>.

Percebe-se ainda que quando a consulta é individual, além dos enfermeiros utilizarem como recurso a conversa com o paciente, eles também se valem de atitudes maternalistas e nada educativas para o paciente mentalmente adoecido. Quando o enfermeiro assume um papel maternal, e não profissional, em relação ao paciente, acaba condenando suas ações à práticas meramente assistencialistas, em que o profissional toma decisões e atitudes no lugar do usuário. O enfermeiro “faz por”, ou seja, faz pelo paciente, e não “educa para”, isto é, para que o usuário adquira a tal autonomia e o empoderamento promovidos pelas orientações educativas em saúde realizadas pelos enfermeiros e enfatizadas pelos mesmos na categoria anterior.

*A gente acaba fazendo atendimentos individuais... eu entrego medicação uma vez por mês, agendamento com clínico, com a psiquiatra, coleta de exame, contato com a família, tudo isso eu acabo fazendo por ela, porque ela não consegue saber que está na época de [...] retorno, tudo isso... (E5/CS-B)*

Sabe-se que para a sociedade a maternidade não envolve somente a “reprodução de corpos, mas a responsabilização sobre eles”. À mãe ou à figura feminina, recai a responsabilidade de cuidar, principalmente, dos membros da família quando acometidos por alguma doença<sup>(136)</sup>. A enfermagem é vista como uma prática social feminina, em que o ato de cuidar e ensinar une a técnica e a teoria com a afetividade, sendo o cuidado, a educação e a afetividade, papéis socialmente atribuídos às mulheres<sup>(14, 137)</sup>. O enfermeiro, então, desenvolve uma relação maternal com o paciente mentalmente adoecido muitas vezes por duvidar que ele possa ter autonomia para realizar determinadas tarefas. Aqui, compreende-se que a ideia de se educar para a saúde requer que o enfermeiro ajude o usuário a buscar a compreensão dos

seus problemas de saúde e das suas soluções, com base no diálogo e na troca mútua de saberes científico e popular<sup>(135)</sup>.

*Não tenho muita experiência para essas ações educativas [...] às vezes, naquele momento, é só estar junto com o paciente [...] e você saber o momento em que você vai falar [...] é mais no geral, é sempre... bem pontual e sempre junto com alguém da família, né? Então assim... saber até que ponto aquele paciente da saúde mental tem autonomia para fazer ou querer. (E2/CS-A)*

*Nunca precisei fazer nenhuma ação direta com paciente que tenha uma doença mental, assim, ação educativa, [...] diretamente com o paciente é muito pouco. [...] A gente tem as ações com a família, de chamar a família, explicar a situação, as medicações, tudo... (E11/CS-D)*

Em contrapartida, quando a função maternal não é feita pelo enfermeiro, este a transfere para o familiar. Nota-se esta conduta pelas orientações individuais realizadas, preferencialmente, junto à família, não sendo comum a prática educativa feita somente com o usuário adoecido mentalmente. Evidencia-se nas verbalizações que os enfermeiros questionam a autonomia desse usuário e, conseqüentemente, a eficácia das ações educativas em saúde oferecidas para ele. Aqui se infere que a ideia trazida pelos enfermeiros de que as orientações de saúde visam à autonomia do usuário parece não se aplicar aos pacientes em adoecimento mental. Os enfermeiros preferem lidar com o familiar e fornecer as informações educativas em saúde para algum membro da família que auxiliará no cuidado a ter que atuar diretamente com o usuário mentalmente adoecido.

Segundo Vygostky *apud* L'Abbate<sup>(49)</sup>, todo ser humano tem capacidade de aprender conceitos e habilidades novas. Trata-se da zona de desenvolvimento potencial, que é determinada pela existência de processos de ensino e aprendizagem adequados e significativos para consolidar o novo conhecimento. Todo esse processo necessita de um mediador, cujo exercício cabe à função educadora do enfermeiro.

A ação educativa em saúde deve se basear na ideia de que o usuário mentalmente adoecido pode compreender as orientações e informações fornecidas pelos enfermeiros sobre o processo saúde/doença e fazer suas escolhas de forma livre e consciente. Para isso o processo educativo realizado pelos enfermeiros no CS, deve não só desenvolver a autonomia individual do usuário sobre o controle da sua saúde, mas também despertar o seu empoderamento e sua interação com a comunidade<sup>(59)</sup>.

Contudo, o profissional também deve estar atento para o grau de entendimento que o usuário tem de sua situação de saúde<sup>(59)</sup>. Neste caso a prática pedagógica da educação em saúde deve considerar as técnicas verbais, não verbais e simbólicas<sup>(49)</sup>, permitindo aumentar a compreensão do profissional sobre a situação de saúde do usuário mentalmente adoecido.

A ação educativa em saúde, portanto, envolve usuários e familiares na construção e significação do autocuidado, por isso é preciso que o enfermeiro valorize por meio do diálogo o conhecimento popular desses usuários<sup>(53)</sup> e que veja o processo educativo como um espaço de troca de saberes e valorização do indivíduo, reconhecendo o usuário e a família como sujeitos atuantes na própria saúde e com capacidade de intervenção nas suas realidades<sup>(134)</sup>.

Hoje, a prática pedagógica deve considerar o indivíduo um participante ativo na construção de sua autonomia<sup>(49)</sup>, assim, a pessoa mentalmente adoecida, que antes era privada de seus direitos e do exercício de sua cidadania, deve tornar-se sujeito ativo do seu processo de cuidar e ter a garantia de um cuidado efetivo<sup>(14)</sup>. O sujeito ativo é o indivíduo livre e autônomo, com poder sobre si mesmo e sobre suas escolhas, sendo capaz de se responsabilizar também pelo ônus das suas decisões<sup>(46)</sup>.

Atualmente, o individualismo é a base da cultura, da economia e da política, sendo, portanto, natural que “o corpo indique a localização física da autonomia individual”<sup>(102)</sup>, ou seja, quanto mais “normal” o corpo biológico maior a chance do indivíduo se tornar autônomo

socialmente. A ideologia dominante do individualismo tornou a persuasão como sendo a principal estratégia pedagógica da prática educativa em saúde, principalmente aquela baseada no modelo de ensino tradicional<sup>(130)</sup>.

A educação tradicional simplifica a prática educativa através da imposição vertical de regras de conduta numa tentativa de mudar o comportamento dos indivíduos e através do imediatismo para seguir tais normas, o que torna a ação pontual e não reflexiva<sup>(53,130)</sup>. Desta forma, estilos de vida não saudáveis, estranhos aos padrões estabelecidos socialmente e sob forte influência da visão biomédica, também podem, na visão dos profissionais, se relacionar à ignorância dos indivíduos, caracterizando as escolhas de saúde como certas ou erradas<sup>(130)</sup>. Esta desqualificação do saber popular pelo profissional também é uma das razões para se culpar o indivíduo pelo não sucesso das orientações de saúde oferecidas<sup>(138)</sup>.

Na realidade o que acontece é que as ações educativas em saúde, mesmo “sob a ótica do sujeito ativo”, também “fortalecem a perspectiva do individualismo”. Mesmo com tantas desigualdades sociais, os discursos da prática educativa enfatizam a autonomia e a capacidade de escolha. No entanto, essas práticas de liberdade se materializam, por exemplo, sob a forma de mudança no estilo de vida, que são moldadas por um conjunto de regras sociais e conselhos de profissionais que são o que guiam as decisões das pessoas, tratando-se, portanto, de “estratégias de autonomização da sociedade”<sup>(46)</sup>.

Este processo de condução do comportamento individual e da ordem social, ao invés de promover de fato a autonomia do indivíduo doente, fomenta a dependência deste, perpetuando o poder do modelo biomédico que “investe sobre o corpo social, de modo individualizante”<sup>(46)</sup> e que determina que o indivíduo e seu autocuidado devem ser o foco das ações educativas em saúde. Assim, os profissionais fazem orientações individuais sobre a melhor conduta a seguir com a expectativa de proteger a coletividade. Porém, essa estratégia educativa dos enfermeiros

considera apenas as dimensões individuais, considerando como sujeito ativo somente os usuários que sabem cuidar de si, rotulando e condenando aqueles que seriam incapazes<sup>(46)</sup>, no caso os usuários adoecidos mentalmente.

A realização de práticas educativas em saúde com uma abordagem individual traz à tona outra questão já citada: a culpabilização do indivíduo doente, como uma forma do profissional tentar explicar não só a origem dos problemas de saúde, mas também o mau funcionamento dos serviços públicos; quando se sabe que, na verdade, a doença do indivíduo é “geralmente o resultado de uma combinação de fatores sociais e culturais experimentados no coletivo”<sup>(50)</sup>.

A culpabilização do indivíduo se agrava pela “ditadura da urgência”, em que grande parte da população vive num “estado de emergência permanente”, que suscita a prática de conselhos preventivos dos profissionais. Nesse sentido, o não cumprimento dos conselhos faz com que os profissionais responsabilizem somente o indivíduo<sup>(138)</sup>, e estendam essa culpa para o todo (a coletividade), como se um sujeito apenas representasse uma prática coletiva, o que não condiz com a realidade.

Assim, o profissional precisa ter em mente que as mudanças sociais implicam em ações educativas que vão além de sua atuação individual e que a responsabilidade individual não pode estar desarticulada do compromisso coletivo<sup>(133)</sup>.

Compreende-se que o atendimento individual dentro do CS é um espaço educativo rico, mas também possui limitações como: a questão do tempo disponível para a consulta, exigindo que o enfermeiro esteja preparado para aproveitá-lo como um momento de processo educativo; não há aprofundamento das ações coletivas já que o problema de saúde é discutido individualmente e o usuário não se sente estimulado a iniciar uma atividade grupal, principalmente porque não percebe que o problema não se restringe a si próprio, mas envolve

toda sua família e sua classe social. O atendimento individual também pode inibir o usuário para expor suas dúvidas quando está sozinho diante do profissional e o diálogo isolado entre usuário e profissional não permite a troca de experiências com outras pessoas que vivem um problema parecido, diminuindo o potencial educativo da conversa<sup>(135)</sup>.

Sabe-se, portanto, que a abordagem individual não obtém os resultados de uma prática educativa em saúde construída coletivamente<sup>(53)</sup>. Embora possa trazer benefícios particulares, a atuação exclusiva sobre indivíduos não confere o impacto necessário para gerar mudanças sociais e inclusive é uma abordagem que “aumenta bastante a exclusão, pois a tendência é reproduzir, no âmbito das políticas públicas, os processos de exclusão gerados pela injusta estrutura social”<sup>(139)</sup>.

Acredita-se ainda que o reconhecimento do próprio profissional sobre o seu papel como educador em saúde pode impulsioná-lo à prática educativa, que se torna inerente à ação do cuidado em saúde<sup>(134)</sup>.

*Acho que deveria ter uma vontade pessoal maior do enfermeiro, da equipe, de trabalhar com a saúde mental, porque a gente vê que não tem. (E8/CS-B)*

Deste modo, é preciso despertar também nos profissionais o interesse por realizar ações de educação em saúde mais efetiva e resolutiva, por meio da integração destas ações com a coletividade<sup>(59)</sup> e através de uma formação adequada dos enfermeiros, pois “o modelo assistencial hegemônico mantém-se inalterado ao privilegiar a atenção individual”. A própria rede básica reproduz este individualismo tendo como atividades centrais as consultas e outros procedimentos, realizados como pronto-atendimento, deixando em segundo plano a integralidade da assistência e a promoção da saúde<sup>(130)</sup>.

Nesta subcategoria, a representação social da ação educativa em saúde mental tem como núcleo central da objetivação o espaço da consulta de enfermagem ou dos

procedimentos rotineiros de enfermagem, que se naturalizou entre os enfermeiros como sendo o lugar propício, e muitas vezes único, para a realização da prática de educação em saúde nos CS. Já a ancoragem tem seu sistema periférico constituído pelo pensamento comum de que a ação educativa em saúde mental volta-se predominantemente para o indivíduo, que pode ser tanto o usuário adoecido mentalmente quanto o seu familiar. A ideia de uma prática educativa direcionada também para a coletividade (objeto estranho para os enfermeiros na área da saúde mental) e fortemente assentada nos preceitos da reabilitação social se deteriora quando os enfermeiros utilizam a abordagem individual (conduta familiar e rotineira) para focar pequenas mudanças na vida diária do usuário, mas em relação a sua família e a si próprio, e não à comunidade.

#### **7.4.2. Abordagem coletiva das ações educativas em saúde mental**

Esta subcategoria refere-se às ações educativas em saúde mental tratadas de forma coletiva e como os enfermeiros encaram esta abordagem em suas práticas de educação em saúde cotidianas.

Desde o início deste estudo tem-se dado ênfase ao fato de que os CS podem identificar e intervir precocemente nos adoecimentos mentais, reduzindo os danos à saúde da população<sup>(57)</sup>. Para isso estas unidades devem adotar estratégias que tenham alcance coletivo e que não excluam os usuários mentalmente adoecidos.

A utilização de uma abordagem coletiva nas práticas de educação em saúde é uma forma de romper com a ideia de que para ter melhor qualidade de vida é necessário apenas transformações no comportamento individual das pessoas. Na realidade, a doença mental tem muitas causas e estas também devem ser discutidas com os usuários, os familiares e a

comunidade, assim como se deve compreender que a saúde está diretamente relacionada às condições de vida da população, as quais podem ser modificadas através, principalmente, de ações coletivas de educação em saúde desenvolvidas junto à sociedade<sup>(135)</sup>.

Faz-se necessário, para praticar a promoção à saúde através das ações educativas, alterar o foco na doença e não planejar as ações visando somente os grupos vulneráveis a determinados fatores de risco e às mudanças de comportamento individual, mas estender estas práticas aos indivíduos saudáveis. Desta forma, a ação educativa também pode contribuir para a reorganização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, pois permite mudar o perfil biomédico e curativista presente nos CS<sup>(5,59)</sup>.

Contudo, o conjunto de respostas das entrevistas mostra que os enfermeiros dos CS visitados não realizam ações educativas em saúde, com abordagem coletiva, voltadas para o usuário mentalmente adoecido e nem para seus familiares. Há um estudo que apontou resultado semelhante ao afirmar que, na prática da saúde pública, os usuários adoecidos mentalmente não se consolidaram como público alvo da atuação do enfermeiro no trabalho com grupos educativos<sup>(140)</sup>.

Tem-se abaixo uma ideia das visões dos enfermeiros a respeito da prática em tais ações educativas no âmbito dos CS.

*Não fazemos. Não tem. (E4/CS-A)*

*Não tenho muita experiência de... fazer grupos com pacientes da saúde mental, de trabalhar com ações educativas. (E2/CS-A)*

*Não me sinto capaz de, por exemplo, atuar coletivamente, fazer um grupo, essas coisas ainda não. (E6/CS-B)*

Nota-se que os enfermeiros relatam não realizarem ações educativas em grupo na área de saúde mental e expõem justificativas semelhantes às aquelas usadas para o distanciamento que há na assistência a esses usuários, como por exemplo, a falta de experiência e de capacitação, mas desta vez para atuar em atividades de educação em saúde coletivas na área da saúde mental. Outra afirmação comum entre os enfermeiros é que simplesmente não há ações educativas voltadas aos usuários mentalmente adoecidos. Infere-se que isto ocorre porque a programação das práticas educativas dos CS não inclui o grupo populacional que apresenta adoecimentos mentais.

Faz-se urgente, portanto, despertar o interesse pela ação educativa nos enfermeiros. Ações conjuntas em saúde, intra e intersetoriais, podem motivar este profissional a realizar práticas de educação em saúde mental nos CS de modo mais resolutivo. Contudo, o cotidiano de trabalho mostra que as ações intersetoriais são realizadas de forma esporádica e pouco efetiva<sup>(141)</sup>.

Muitos atendimentos realizados nos CS focam nas medicações, nas consultas individuais, nos procedimentos técnicos, entre outros<sup>(5)</sup>, que são os conteúdos priorizados em muitos currículos de enfermagem. Por isso, também é importante rever a formação e a capacitação dos enfermeiros privilegiando um ensino mais voltado para a promoção da saúde, com foco na realização de grupos educativos na assistência<sup>(141,142)</sup>.

No que diz respeito às ações educativas envolvendo as famílias dos usuários mentalmente adoecidos, entende-se que se até para os usuários há carência da assistência dos enfermeiros e de atividades educativas, para os familiares esta parece uma realidade igualmente preocupante. Os enfermeiros alegam sobrecarga de trabalho como empecilho à realização de grupos voltados às famílias, mas infere-se que na realidade os familiares se

tornam invisíveis aos profissionais quando se trata de abordar o cuidado à família do usuário em adoecimento mental.

*Não tem grupo terapêutico [para o familiar] [...] a gente não tem pernas para fazer [atividades em grupo com as famílias] (E1/CS-A)*

*Grupos educativos voltados para a família desses pacientes a gente não tem no momento, [...] a equipe de saúde mental faz um grupo com os pacientes, mas com os familiares... (E5/CS-B)*

Estudos mostram que a maioria das ações educativas em saúde destinam-se aos pacientes<sup>(22,59,125)</sup> e poucos aos familiares<sup>(16,57)</sup>. Por isso, sempre que possível, deve-se incorporar a participação da família nos grupos e/ou realizar grupos à parte, para oferecer um apoio aos próprios familiares e não apenas orientações de como cuidar de seu parente adoecido. Ampliar as ações educativas em saúde mental para a família, permitindo a ela uma participação ativa nestas ações, pode auxiliar no cuidado do usuário, no seu processo de recuperação e desenvolvimento, e na reabilitação psicossocial do indivíduo adoecido mentalmente, visando a melhoria da qualidade de vida dos membros dessa família<sup>(15,143)</sup>.

Nos locais em que há alguma ação voltada aos usuários mentalmente adoecidos, seja no próprio CS, seja em CC, a preocupação maior parece ser com as questões relacionadas às medicações. Pelo conjunto das entrevistas há muitos grupos de medicação voltados aos usuários da saúde mental, mas coordenados por psiquiatras, psicólogos ou terapeutas ocupacionais. Atenta-se para o fato de que os grupos são para os usuários que já fazem uso de medicamentos, portanto, para as pessoas que já estão com a doença instalada. É um grupo para a prevenção dos riscos a ela associados e não para promover a saúde mental.

*Tem o grupo de medicação da equipe de saúde mental (grifo da autora) [...]. É uma roda de conversa, participa o psiquiatra e o terapeuta ocupacional, cada um [paciente] conta alguma coisa que acha legal estar desabafando e o*

*psiquiatra, nesse momento, acaba fazendo as receitas para cada um deles e eles vão retirando a medicação. Antes de vencer a receita eles voltam, reagendam a vaga no grupo e passam de novo por uma conversa. (E5/CS-B)*

Os grupos de medicação, citados em várias entrevistas e realizados em diferentes CS, parecem ser um tipo de consulta coletiva, que é uma forma de atendimento em grupo de problemas clínicos que antes só se abordava em consultas individuais. As consultas coletivas podem ser realizadas quando há grupos de pessoas com situações clínicas comuns e parecidas. Por exemplo, podem-se fazer tais consultas com neuróticos, alcoolistas, tabagistas, dependentes químicos de drogas ilícitas, etc. Entende-se que quando a consulta coletiva é bem feita ela pode ter um caráter mais educativo, entretanto, trata-se de um recurso que precisa de mais desenvolvimento, pois nem todo problema clínico permite a formação de grupos homogêneos. Além disso, o profissional pode ter dificuldade para conseguir acompanhar todo o processo coletivo e ao mesmo tempo fazer orientações que exigem uma atenção individual<sup>(135)</sup>.

Desta forma, é preciso avaliar quais problemas ou situações de saúde requerem ações coletivas e para essa verificação faz-se necessário analisar se há maior resolatividade dos problemas ao utilizar abordagens coletivas ou individuais<sup>(135)</sup>.

A abordagem coletiva ou grupal é uma possibilidade importante para o enfermeiro prestar o cuidado aos usuários mentalmente adoecidos e às famílias que convivem com pessoas em sofrimento psíquico<sup>(57,144)</sup>. Trata-se de uma forma de promover a conscientização crítica dos indivíduos sobre seu meio social, suas condições de vida e de saúde, a fim de realizar as transformações sociais que possam ser favoráveis a escolhas saudáveis<sup>(50)</sup>. No entanto, ressalta-se que o padrão de saúde dos indivíduos ou grupos também depende do “conjunto de crenças e valores que podem estimular ou emperrar as mudanças e conquistas coletivas”<sup>(73)</sup>.

A organização coletiva é uma forma que as pessoas têm para enfrentarem as dificuldades provenientes do sistema social em que vivem. Trata-se de um espaço com potencial para a prática das ações educativas em saúde visando a consolidação da participação popular nos serviços. Acredita-se que “somente quando as pessoas se agrupam é que pode ocorrer alguma ação social transformadora e, portanto, todo grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais”<sup>(140)</sup>

O trabalho coletivo permite que as pessoas se unam, percebam suas limitações e possibilidades no contexto social, além de desenvolver o potencial do grupo para organizar e concretizar mudanças nos aspectos de uma realidade comum que influenciam a saúde da população<sup>(50)</sup>.

Em geral os enfermeiros fazem pouco uso da abordagem coletiva ou grupal como referência para o seu processo de trabalho educativo. No que diz respeito à saúde mental este enfoque coletivo é menor ainda, basta verificar o número reduzido de estudos que tratam desse tema<sup>(58,57,64,65)</sup>.

*Começaram um grupo [...] com os pacientes que usam medicação, que é para ensinar... eu nunca participei [...]. Tem a terapia comunitária que é aberta, que eles trabalham... eu nunca participei... (E11/CS-D)*

*Nenhuma de nós enfermeiras [participa]. Fomos convidadas, mas a gente ainda não conseguiu... ter um espaço ou priorizar essa área para ir. (E8/CS-B)*

Compreende-se que as práticas de educação em saúde mental não são uma prioridade para os enfermeiros, que preferem se envolver em outras atividades de grupos educativos, principalmente, os que são determinados pelo MS em seus programas de políticas públicas, como para gestantes, hipertensos, diabéticos, tabagistas, entre outros, exceto na saúde mental.

Quando o enfermeiro realiza em sua prática educativa atividades de grupo, geralmente o faz baseando-se na intuição e nos conhecimentos empíricos, sendo que não há muita fundamentação teórica de recursos pedagógicos para uma ação mais eficiente<sup>(142)</sup>.

Aliás, estudos apontam que as ações educativas em saúde voltadas à saúde mental são realizadas por meio de estratégias grupais com modelos tradicionais de ensino, que enfatizam a doença mental e o seu tratamento, deixando em segundo plano a promoção da saúde e a prevenção de situações que levam ao adoecimento mental<sup>(59,134,140)</sup>.

Nas verbalizações nota-se o distanciamento dos enfermeiros de tais atividades grupais voltadas para os usuários da saúde mental. Este afastamento está muito atrelado à presença, mais uma vez, da equipe de saúde mental que nos discursos dos enfermeiros detém o monopólio das ações educativas em saúde mental, ou melhor, das ações mais terapêuticas do que educativas. Infere-se que as práticas educativas “pertencem” à equipe de saúde mental, isto fica bem evidente na segunda fala de E5/CS-B; trata-se de um nicho profissional já preenchido e privativo desta equipe especializada.

Porém percebe-se também que o enfermeiro se acomoda com a presença desta equipe de especialistas, abdicando da sua função de educador em saúde no que tange a área da saúde mental. O enfermeiro poderia assumir uma participação de destaque junto da equipe de saúde mental, realizando ações não só preventivas ou de cunho terapêutico, mas principalmente, de promoção à saúde mental e com aspecto predominantemente educativo, assumindo um compromisso de transformação social e de uma efetiva reinserção psicossocial dos usuários em adoecimento mental.

Salienta-se que a elaboração e a realização de ações educativas em saúde pode ter a participação de mais de um profissional, não se restringindo a nenhuma categoria; pode inclusive haver um trabalho conjunto com gestores e representantes da comunidade na

discussão dos temas de interesse a serem abordados. O importante é que sejam respeitadas as particularidades de cada profissão e dos outros integrantes para agregar conhecimentos científicos e experiências a fim de garantir a qualidade e a eficiência da prática educativa.

Entende-se que é necessário, neste momento, fazer alguns esclarecimentos acerca do grupo educativo e do grupo terapêutico, pois se notou no conjunto das entrevistas que os enfermeiros não faziam diferenciação entre um e outro, sendo muitas vezes os grupos terapêuticos utilizados como exemplo exclusivo de ações educativas em saúde.

O recurso coletivo utilizado nas ações de educação em saúde podem incluir como estratégias os grupos terapêuticos e educativos, sendo que ambos buscam oferecer outras possibilidades de cuidado aos usuários, incluindo sua família.

Pode haver grupos terapêuticos que além de desempenhar função no tratamento também envolvem em sua execução aspectos educativos em saúde. Assim como os grupos educativos podem incluir em suas ações um caráter terapêutico. O que determina o tipo de grupo é a predominância no desenvolvimento e execução da ação: ou de ensino ou de terapia. De qualquer forma, o profissional deve estar habilitado por meio de uma boa formação ou capacitação para realizar cada uma dessas funções ou somente focar em uma das duas, definindo bem o tipo de grupo que pretende organizar. Mas nada impede que haja uma intersecção entre as duas, desde que a ação seja bem elaborada e executada.

Nesse sentido, concorda-se com um estudo<sup>(140)</sup> quando destaca que a realização de grupos educativos “articula uma dimensão superficial de educação em saúde” – com mera transmissão de informações coletivas de saúde – “com uma dimensão terapêutica implícita”, que inclui a convivência e os vínculos afetivos estabelecidos entre profissionais e usuários, e entre os próprios usuários.

Grupos terapêuticos são atividades coletivas, desenvolvidas pela equipe da ESF, dentro do CS ou na própria comunidade, e das quais os usuários adoecidos mentalmente podem participar. Estes grupos têm o objetivo de promover a reabilitação psicossocial e a cidadania dos usuários. Podem ser realizados como oficina de trabalhos manuais, terapia comunitária e outras atividades que estimulem a comunicação entre indivíduos e a interação social<sup>(8)</sup>.

As estratégias terapêuticas envolvem trocas de experiências e reflexões; redução de ansiedades, estigmas e exclusões; aumento da autoestima, dos vínculos afetivos e sociais, e respeito às diferenças. Elas ainda melhoram a adaptação do paciente ao modo de vida individual e coletivo. São exemplos os grupos de terapia psicossocial e comunitária que proporcionam, respectivamente, atividades motoras e sociais. Tais práticas ampliam as habilidades de relacionamento social, a autonomia e estimulam a criatividade<sup>(144)</sup>.

Já um grupo educativo em saúde pode articular diferentes dimensões da vida humana: social, subjetiva e biológica<sup>(140)</sup>. Neste caso as estratégias educativas caracterizam-se por melhorar a compreensão do processo saúde/doença mental, potencializar a autonomia e valorizar a cidadania, com participação ativa no cuidado. São exemplos os grupos educativos em que há esclarecimentos sobre os condicionantes e/ou determinantes do processo saúde/doença, sobre os tratamentos, sobre a administração de medicamentos, sobre os cuidados de higienização e outras prevenções. Os grupos também podem promover a saúde e conscientizar os usuários sobre seus transtornos e esclarecer suas dúvidas. As atividades educativas em saúde de cunho coletivo podem efetivar mudanças não só no comportamento, mas também nas subjetividades de grupos populacionais<sup>(144)</sup>.

O fato é que o desenvolvimento de ambos os grupos exige planejamento prévio e espaços que propiciem trocas de experiências, escuta, alívio emocional, relações interpessoais e respeito às diferenças<sup>(144)</sup>. Portanto, os CS devem dispor de espaços confortáveis e

agradáveis para a realização de ações educativas em saúde, a fim de que os usuários se sintam dispostos para falar de seus problemas<sup>(135)</sup>.

As ações educativas em saúde realizadas com grupos são um importante recurso para promover a saúde e é uma área de atuação muito importante para o enfermeiro<sup>(127)</sup>, pois possibilita ampla visibilidade para sua profissão, legitimando-a perante a população e os demais profissionais da saúde.

Porém, nas verbalizações dos enfermeiros se torna evidente que, além de não participarem das ações educativas em saúde mental – que ficam restritas aos profissionais especialistas na área – eles repetem a conduta de encaminhamentos utilizada nos atendimentos, indicando os usuários com qualquer sinal de adoecimento para grupos dos quais os enfermeiros nunca participaram, possuindo somente uma vaga ideia do que acontece em tais reuniões.

*A gente acaba encaminhando, por mais que a gente não esteja lá [no Centro de Convivência], a gente sabe os grupos que têm... (E9/CS-C)*

Por um lado, entende-se que os enfermeiros reconhecem a importância da ação intersetorial com os CC ao tentarem, por meio das consultas individuais, incentivar a participação do usuário em grupos terapêuticos, apesar de as chances de convencimento na participação destes grupos serem remotas em uma abordagem individual, como já visto na subcategoria anterior. Por outro lado, infere-se que os encaminhamentos mantêm um distanciamento conveniente para os enfermeiros, não só das ações de educação em saúde voltadas para o usuário mentalmente adoecido, mas também porque afastam os enfermeiros dos pacientes da saúde mental, que lhes causam tanta insegurança e medo.

A abordagem coletiva de ações educativas em saúde busca nos fatores sociais, econômicos e políticos a origem dos problemas de saúde, tendo como objetivo fortalecer a

participação e o controle social, promover a autonomia, o empoderamento e a “consciência pública” do usuário sobre os fatores que interferem nas condições de saúde da população<sup>(59,127)</sup> e contribuindo para a formação de indivíduos responsáveis por transformações sociais e políticas voltadas para o interesse popular<sup>(134)</sup>.

Neste contexto, torna-se pertinente trazer a ideia do “sujeito-coletivo-da-saúde”, que nada mais é do que a própria sociedade. Este sujeito-coletivo, envolto por conflitos de interesses sociais e políticos, gera e define de forma objetiva e subjetiva seus conceitos e padrões de saúde, os níveis de qualidade de vida que deseja ter, bem como os grupos de consenso e de identificação dos quais quer fazer parte. Assim, “a saúde vai além dos seus limites setoriais, ela também depende de políticas macro e microeconômicas e sociais, envolvendo relações comportamentais, ações institucionais e individuais”<sup>(145)</sup>.

Atualmente, a realização de grupos em uma “dimensão educativa-participativa e de empoderamento de pacientes e da comunidade visando o exercício da cidadania se apresenta bem reduzida”<sup>(140)</sup>, e embora as ações educativas venham sendo desenvolvidas regularmente pelos enfermeiros em alguns CS, tratam-se de atividades que seguem os preceitos dos programas ministeriais<sup>(59)</sup>, privilegiando outras áreas. Assim, os pacientes que não se enquadram nesta oferta da ESF, como os usuários da saúde mental, são excluídos da assistência e das práticas educativas no ambiente dos CS<sup>(141)</sup>.

Observa-se que a execução das ações educativas em saúde mental fica na dependência da vontade do profissional ou da decisão política dos gestores, pois a educação em saúde mental não está entre os grupos específicos que são priorizados e financiados pelas políticas públicas de saúde<sup>(35,140)</sup>. Ressalta-se, ainda, que em relação às ações educativas em saúde, os serviços são o instrumento utilizado pelo sistema nacional de saúde para exercer o controle social sobre os indivíduos e os grupos sociais menos favorecidos<sup>(146)</sup>.

Na atualidade, evidenciam-se “as tentativas de individualização e de promover o silenciamento do coletivo”, pois “o Estado delega ao cidadão crescentes responsabilidades, enaltecendo a construção de sujeitos ativos, imersos em um novo higienismo, que anuncia a adoção insistente de hábitos saudáveis transitórios” legitimados cultural e socialmente<sup>(46)</sup>. A prática profissional do enfermeiro com relação às ações educativas em saúde atende a esta lógica: os gestores locais cobram resultados com base no modelo biomédico e não favorecem a realização de práticas que estimulem a participação da comunidade e atendam às necessidades dos usuários adoecidos mentalmente, os quais têm se mostrado uma demanda importante do território de abrangência dos CS<sup>(140)</sup>.

Nesta subcategoria, as representações sociais sobre as ações educativas em saúde mental, tendo como foco a abordagem coletiva, apresentam como núcleo central da objetivação a “apropriação”, por parte dos profissionais da equipe de saúde mental, das práticas de educação em saúde voltadas aos usuários mentalmente adoecidos. A ação educativa nos CS, também entendida pelos enfermeiros como terapêutica, cristalizou-se como uma área/propriedade que foi abandonada ou repudiada pelos profissionais “generalistas” e foi (re)assumida com exclusividade pelos “especialistas”. Percebe-se que os enfermeiros abdicaram da sua função educadora na área da saúde mental e naturalizaram este processo como se a prática educativa neste campo não lhes coubesse e como se isso fosse desconhecido (estranho) à função de enfermeiro, a tal ponto de não conseguirem diferenciar a formação de grupos educativos e grupos terapêuticos, adotando o mesmo sentido para ambos.

Já o sistema periférico da ancoragem está nas atitudes enraizadas de distanciamento dos enfermeiros da prática de educação em saúde mental nos CS, utilizando-se de várias explicações e condutas para não realizarem tais atividades educativas com os usuários em adoecimento mental, dentre elas a falta de experiência, a falta de capacitação, a falta de tempo, a falta de políticas que priorizem a área e a possibilidade conveniente de encaminhar para

grupos que são, em sua maioria, de cunho pouco educativos e predominantemente terapêuticos. Pensando assim são grupos que estão adequados às funções da equipe de saúde mental; o problema está na carência de grupos educativos devido a não responsabilização dos enfermeiros por uma função que lhes cabe e dos gestores locais que não se mobilizam para investir nas ações educativas em saúde mental no âmbito dos CS.

De qualquer forma este afastamento dos enfermeiros, refletido em suas falas, revela certo acomodamento desses profissionais diante da presença de uma equipe que “se apossou”, com a legitimação dada pelos próprios enfermeiros, das práticas assistenciais e educativas de saúde mental nos CS. Portanto, a equipe de saúde mental não foi incomodada por esta “apropriação”, inclusive manteve-se e foi afastada dos demais membros da equipe da ESF justamente porque alivia a sobrecarga profissional e emocional dos enfermeiros e outros profissionais, que podem assim preservar suas ações incólumes e familiares.

#### **7.4.3. Motivos da não participação do enfermeiro nas ações educativas em saúde mental**

Nesta subcategoria serão discutidos alguns dos motivos que são considerados pelos enfermeiros como impeditivos para a realização das e/ou participação nas ações de educação em saúde nos CS voltadas para os usuários mentalmente adoecidos.

A equipe da ESF deve atuar não somente para atender à demanda espontânea dos serviços de saúde, mas também desenvolver ações de forma organizada e planejada<sup>(45)</sup>. No processo de trabalho é fundamental que o enfermeiro tenha disponibilidade interna e um

interesse concreto para realizar ações educativas em saúde voltadas aos usuários mentalmente adoecidos com abordagem não só individual, mas principalmente coletiva.

No conjunto das entrevistas observou-se que os principais motivos da não participação dos enfermeiros nas atividades educativas são a sobrecarga de trabalho, gerada pelo acúmulo de funções e pela alta demanda espontânea de usuários que procuram os CS, tendo como consequência a falta de tempo ou de horários disponíveis durante o plantão para dedicar-se às ações destinadas aos usuários em adoecimento mental. Fica evidente então que o processo de trabalho dos enfermeiros baseia-se no modelo de trabalho do sistema capitalista.

No que diz respeito às ações de educação em saúde, realizadas predominantemente com o intuito de prevenir as doenças já instaladas, tem-se que o ato de educar nada mais é do que uma forma de reproduzir os modos de pensar da sociedade, transformando tal pensamento em senso comum. Esta reprodução não se limita aos discursos biomédicos, mas também às ideias neoliberais, intercalados por interesses políticos e econômicos. Neste caso, a educação é um instrumento reprodutor de conhecimentos técnico-científicos e de comportamentos considerados adequados, os quais são determinados por uma ideologia dominante que pode estar voltada para o controle da população e a manutenção da ordem social. Este modo de pensar dominador instituído pelo Estado por meio dos profissionais da saúde, que são os agentes da reprodução dos modos de condutas saudáveis, submete as classes subalternas à formação de uma força de trabalho ativa e sadia para o processo de produção capitalista, no qual se refletem relações de poder e saber, assim como ocorre na prática educativa em saúde realizada, na maioria dos serviços, nos moldes biomédicos<sup>(46,134)</sup>.

Já os enfermeiros fazem parte desse grupo de profissionais que em seu processo de trabalho mantém ações que valorizam práticas assistenciais e educativas hegemônicas, sustentadas por um sistema capitalista, cujo modelo de trabalho visa a produção e o consumo

de saúde, atrelando as funções dos enfermeiros ao cumprimento de metas estabelecidas pelos órgãos governamentais e gestores de saúde, podendo a autonomia desses profissionais para agirem como “sujeitos propulsores do processo educativo” e como agentes de mudança no sistema de atenção à saúde vigente para outro “mais integral e igualitário”, bem como para a “transformação nas relações de trabalho”<sup>(134)</sup>. Estas mudanças nos processos de trabalho em saúde tornam-se fundamentais e necessárias, pois como afirma Marx *apud* Merhy<sup>(116)</sup>, o trabalho não deve ser entendido somente como uma atividade operativa “mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção”.

Além disso, os profissionais, muitas vezes, se veem “condenados” a dedicar parte considerável do seu horário de trabalho para atender às prioridades das políticas públicas de saúde, tendo um tempo disponível restrito para desenvolverem atividades diferentes que fogem dos padrões determinados pelos programas ministeriais.

Enfatiza-se que a prioridade dada à demanda espontânea de usuários que surgem no CS com uma doença já instalada advém do modelo biomédico que foca no momento da doença, no tratamento e na cura; embora o trabalho da equipe de ESF devesse se fundamentar nas ações de prevenção, de vigilância epidemiológica e de promoção da saúde<sup>(45,59)</sup>. Vejam-se os exemplos abaixo:

*A demanda espontânea é muito grande e dar conta dessa demanda significa abrir mão de estar presente em muitos espaços e esse é um deles. (E3/CS-A)*

*A gente é muito massacrado pela quantidade de pessoas que passam por aqui. [...] às vezes, a gente tem dificuldade de trabalhar essa parte de educação em saúde. [...] Uma coisa que consome muito a gente aqui são os acolhimentos. Praticamente metade da minha carga horária é voltada para atendimento de demanda não programada. (E12/CS-D)*

*A demanda aqui é tão grande que eu nunca consegui participar de um grupo [...], a gente acaba sendo... meio sufocado e não tem a oportunidade. [...] O*

*ideal era a gente arrumar um horário, fugir da demanda para poder participar.*  
(E9/CS-C)

Entretanto, em E9/CS-C nota-se que os enfermeiros têm consciência de que a indisponibilidade de horários para exercer sua função de educador em saúde nos CS não é um fator tão determinante para justificar suas ausências em ações educativas em saúde mental, pois, embora se reconheça que a demanda não programada de usuários influencia essa administração do tempo, parte significativa da agenda dos enfermeiros depende de uma melhor organização do horário para realizar suas atividades cotidianas.

Isto fica evidente na maioria das subcategorias apresentadas e na verbalização de E10/CS-C abaixo, quando os enfermeiros se mostram confortáveis com a presença de uma equipe de saúde mental que assume, não só a assistência, mas também este papel educativo – embora as ações destes profissionais sejam de cunho mais terapêutico. Além disso, esta equipe especializada parece servir pouco como suporte técnico-científico e ser um fator que distancia ainda mais os enfermeiros da área da saúde mental, somando-se ao fato de que isto também está atrelado às suas preferências pessoais e profissionais, que interferem em suas escolhas, excluindo a saúde mental de suas opções para o exercício das ações educativas. Há inclusive um acomodamento do enfermeiro às funções institucionais que lhes são impostas, limitando sua atuação profissional em outros campos.

Esta atitude conformista gera o pensamento comum de que se há especialistas realizando estas ações educativas em saúde mental nos CS, então não há a necessidade de um enfermeiro participando desta prática. Este profissional se esquece, entretanto, de que as ações desenvolvidas são mais terapêuticas do que educativas, e negam a importância da participação do enfermeiro como um educador potencial em saúde no CS que muito pode contribuir na promoção à saúde mental dos usuários, das famílias e da comunidade.

O desenvolvimento de atividades educativas em saúde nos CS são experiências incipientes diante das várias possibilidades de se promover a saúde<sup>(141)</sup>, como nas ações individuais e coletivas, sendo que as atividades de abordagem coletiva são quase todas realizadas segundo as normatizações do MS<sup>(59)</sup>.

Constata-se, assim, que o envolvimento pessoal e profissional do enfermeiro está voltado para o cumprimento de outras demandas convenientemente consideradas como prioritárias quando comparadas à saúde mental; considera-se também que o estigma do doente mental, incrustado nas representações sociais dos enfermeiros, interfere negativamente na decisão de praticar ações educativas em saúde mental.

*Muitas vezes eu não estou ligada, talvez por [...] priorizar outras áreas que tem mais atuação do enfermeiro... não que a saúde mental não tenha, mas se tem o psicólogo ou outros profissionais que estão tomando à frente, então a gente está priorizando outras coisas. (E10/CS-C)*

*Eu acho que é pouco realizado justamente por ter esse suporte da equipe de saúde mental, então [...] a gente se afasta. [...] Na verdade, acho que é uma falta mesmo do nosso olhar para esse paciente de saúde mental [...]. A gente se volta muito para os crônicos, para puericultura, para gestantes, para o acolhimento... (E12/CS-D)*

Verifica-se que se houvesse uma “necessidade” dos serviços em atender esta demanda de usuários, tendo como foco as necessidades da população do território, o atendimento em saúde mental bem como a realização de ações educativas em saúde mental por parte do enfermeiro não seriam tão escassos. Acredita-se que somente a imposição de políticas públicas de saúde que priorizem as ações educativas voltadas para os usuários da saúde mental faria com que os enfermeiros tivessem a obrigação de reorganizar seu processo de trabalho, abrindo horários em suas agendas para dedicar-se à demanda reprimida de usuários mentalmente adoecidos.

Assim, conclui-se que as ações educativas de saúde mental não são uma prioridade das políticas de saúde pública e, por consequência, nem dos enfermeiros. Nas verbalizações percebe-se que a prevenção primária também fica em segundo plano para os gestores de saúde na visão dos enfermeiros. Faltam incentivos políticos para colocar a prevenção primária em saúde mental entre as prioridades dos programas determinados pelo MS.

*A prioridade do município é o acolhimento, é atender a demanda espontânea. A gente sempre faz a crítica de que a gente está virando um “PA’zinho”, de que nós não somos uma unidade básica e nem faz o papel de atenção primária à saúde. Então acho que a prioridade que a política do município dá é bem determinante. (E3/CS-A)*

*A gente não trabalha mais com a questão preventiva, a gente trabalha com a doença instalada, na sua maioria. Deveria ser invertido, trabalhar com o preventivo, com o educativo antes [...]. Ninguém vem preventivo, [...] quando você vê a família toda já tem transtornos instalados, e aí o desequilíbrio vem numa carreira... e quando você vê está instalado o caos, aí é difícil você lidar. (E7/CS-C)*

Em E7/CS-C e E3/CS-A têm-se alguns dos exemplos de que os CS possuem um esquema de trabalho onde o modelo biomédico impera e o cuidado volta-se para a cura das doenças instaladas. Na sociedade não existe uma cultura promotora de saúde, o foco é a prevenção secundária que se faz sobre o indivíduo doente para reduzir a incidência da doença. Nos CS a prevenção em nível primário é difícil de ser realizada porque a prevenção primária antecede as doenças, se aplica a pessoas saudáveis, visando diminuir o risco da doença e de suas causas antes que provoquem danos à saúde da população. Neste nível estão as ações de promoção à saúde que incluem intervenções biopsicossociais, como as ações educativas em saúde<sup>(103,147)</sup>.

Outro motivo relatado foi em relação à fragmentação do cuidado realizado nos CS. Há uma grande distância entre os membros da equipe de saúde da família e os profissionais da equipe de saúde mental, como se todos não fizessem parte da mesma equipe da ESF.

Para melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário adoecido mentalmente e superar a lacuna na assistência existente para esses pacientes que procuram a atenção primária, garantindo a continuidade do atendimento, deve-se ter como prioridade a integralidade no cuidado desse indivíduo. Para isso, faz-se necessário fortalecer o vínculo e integrar as ações conjuntas entre as equipes de saúde mental – tanto a que está dentro do CS como a que está fora, nos CAPS – e a equipe da atenção básica. A integração entre essas equipes depende de elementos contextuais e históricos presentes nos territórios de abrangência dos serviços de saúde, pois as questões políticas, econômicas e técnicas delimitam a organização dos sistemas de saúde<sup>(115)</sup>.

Essas condições também são necessárias para o desenvolvimento das ações educativas em saúde mental, além de ser imprescindível um planejamento municipal realizado pela secretaria de saúde para incluir tais atividades de saúde mental nos programas públicos de educação em saúde da cidade.

Outra questão diz respeito à enorme necessidade que os profissionais têm por uma formação mais adequada e por capacitações para trabalhar na área da saúde mental. As contradições entre as políticas de formação e educação em saúde são obstáculos que dificultam a efetivação da prática educativa em saúde<sup>(115)</sup>. Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, os enfermeiros acreditam que é necessário haver muitas discussões no âmbito da política e do ensino para gerar mudanças na mentalidade dos profissionais e das instituições formadoras sobre a importância de se enfatizar as ações

preventivas em nível primário e o desenvolvimento de ações educativas em saúde no geral, e também na saúde mental, para serem executadas na atenção básica.

*Os maiores desafios são encurtar essas distâncias da equipe geral para equipe de saúde mental... trazer isso como prioridade para os profissionais [...]. Acho que a capacitação, desmistificar um pouco a saúde mental, também ajudaria a melhorar a qualidade com que a gente atende, nosso processo de trabalho. Agora... é trabalho de formiguinha e aos poucos ir tentando pautar algumas discussões, tensionar... para que isso seja prioridade. (E3/CS-A)*

*Quem trabalha em saúde pública o que gostaria era [...] trabalhar a prevenção, a educação. Não ficar só atendendo paciente doente e tentar fazer o caminho contrário... é muito mais complicado, demanda muito mais profissionais. [...] Investir um pouco mais ou preparar melhor os profissionais [...]. Precisaria de uma retomada na questão da formação. (E7/CS-C)*

Mesmo a enfermagem tendo como característica principal o relacionamento interpessoal, os enfermeiros poucas vezes se utilizam do recurso grupal em sua prática educativa, pois não estão instrumentalizados para essa função<sup>(142)</sup>.

Um estudo mostrou que os egressos da graduação em enfermagem reproduzem no contexto da sua prática de trabalho o ensino tradicional que fora utilizado em sua aprendizagem. Evidenciou-se que os novos enfermeiros não possuíam bases pedagógicas consistentes para desenvolverem atividades educativas em saúde, revelando a fragilidade do processo de formação no que se refere à prática educativa. Os enfermeiros apresentam dificuldades para a reflexão crítica e problematizadora da realidade na qual estão inseridos para, com base nisso, planejar as ações de educação em saúde. Desta forma, quando os enfermeiros não buscam cursos específicos ou não estudam sobre o assunto, apenas reproduzem ações educativas pontuais, mantendo o trabalho já estruturado dos CS<sup>(133,142)</sup>.

Há nos cursos de enfermagem brasileiros uma formação insuficiente em relação à educação em saúde, onde as ações educativas continuam sendo realizadas nos moldes tradicionais de ensino, baseados em palestras visando a simples transmissão de informações de saúde<sup>(133)</sup>. Deste modo, os cursos de graduação não oferecem os subsídios necessários para que o enfermeiro exerça a atividade de educação em saúde. São poucas as escolas de enfermagem que contemplam o conteúdo de coordenação de grupos em seus currículos. Até nos serviços de saúde não há investimentos na educação permanente para que os enfermeiros tenham uma formação profissional para trabalharem com grupos em suas práticas educativas<sup>(142)</sup>.

É necessário que as instituições formadoras reforcem no seu processo de ensino e aprendizagem a importância das práticas educativas em saúde para o contexto da atenção básica, ampliando as possibilidades de atuação do enfermeiro como educador em saúde, e que não priorizem apenas os programas determinados pelo MS, mas estendam suas práticas para outras áreas de interesse da população e, principalmente, atendam a demanda existente no território onde os CS atuam, ampliando tais ações educativas para outros setores da sociedade<sup>(133)</sup>.

Os enfermeiros ainda, conforme exemplificado nas falas de E7/CS-C e E3/CS-A, reconhecem a importância, bem como as dificuldades da realização de ações educativas em saúde mental para a prevenção de doenças mentais e a promoção da saúde de usuários e familiares e também expõem a relação que existe entre prevenção e redução de custos na saúde.

Nesse sentido, a não fragmentação da atenção à saúde e a efetivação da sua integralidade oferecem algumas condições estruturais para se pensar na diminuição dos custos

dos serviços da rede de saúde mental<sup>(115)</sup>, que não deixa de ser um forte argumento para se justificar, quantitativamente, a obtenção de mais investimentos nas instâncias políticas.

Acredita-se que a efetivação de uma rede de atenção à saúde mental resolutive permitiria maior racionalização dos gastos e melhor otimização no uso dos recursos assistenciais disponíveis no sistema de saúde. Isto ocorre porque nesse tipo de organização em rede os recursos humanos e materiais podem ser melhor aproveitados se houver, principalmente, o aperfeiçoamento da acessibilidade dos pacientes aos serviços e a incorporação de novos recursos tecnológicos<sup>(115)</sup>, desde que estejam sempre aliados ao aspecto humano inerente ao cuidado.

Deste modo é possível fazer um bom planejamento financeiro para os gastos em saúde, buscando um equilíbrio entre a economia de escala e a de escopo. A primeira ocorre quando há redução no custo médio dos procedimentos devido ao bom aproveitamento da capacidade instalada, ou seja, realiza-se um maior número de procedimentos por um custo fixo menor, porque não há ociosidade e desperdício. Já a segunda é obtida quando se amplia a variedade de serviços oferecidos pela unidade de saúde, reduzindo também os custos fixos porque estes se diluem com o aumento dos diferentes tipos de procedimentos realizados. Fica evidente, então, que a eficiência econômica só é possível se houver facilidade de acesso da população aos procedimentos oferecidos pelo serviço<sup>(115)</sup>.

Nesta subcategoria, as representações sociais dos enfermeiros acerca dos motivos que os levam a não realizarem e nem participarem minimamente das ações educativas em saúde mental têm como núcleo central o “ocultamento da saúde mental” na realidade prática dos enfermeiros e dos programas de educação em saúde determinados pelo MS, pois a maioria das ações está voltada para a prevenção no momento da doença e tem um caráter educativo inócuo. A objetivação consiste, portanto, na falta de prioridade “concedida” pelas políticas

públicas de saúde para a realização de ações educativas em saúde mental na atenção básica. Tal fato é determinante na escolha dos enfermeiros, que priorizam em suas práticas de educação em saúde outras áreas, bem distantes do campo da saúde mental – por interesse pessoal e profissional do próprio enfermeiro. São essas outras áreas – que “ocultam” a saúde mental – que se tornaram “naturais” ou familiares para os enfermeiros na organização e execução das atividades de educação em saúde nos CS.

Já a ancoragem tem seu sistema periférico composto pela gama de motivos – diretamente relacionados à sobrecarga de trabalho – que na concepção dos enfermeiros são familiares ou conhecidos e que explicam a não participação deles nas ações educativas em saúde voltadas para os usuários mentalmente adoecidos no cenário dos CS. Trata-se da impregnação ao pensamento comum de que existe uma alta demanda espontânea de usuários em geral que procuram o serviço e que os enfermeiros têm que atender durante os acolhimentos ou em consultas não programadas individuais para resolver casos imprevistos. Trata-se da falta de tempo para dar conta dessa demanda inesperada, o que favorece o enraizamento do ato de se eximir da responsabilidade de realizar ações educativas em saúde também na área psiquiátrica. Isto na realidade independe da vontade pessoal, devendo estar de acordo com as necessidades populacionais do território.

Trata-se, ainda, de uma forma de se contentar, convenientemente, com um fato recente, mas já incrustado em suas ideias de senso comum, de que há uma equipe de saúde mental para desempenhar tais funções com a competência que a especialização lhe confere, mesmo que a parte educativa possa ser abordada pela equipe de forma nem tão adequada quando comparada à formação de enfermagem, cujo curso de graduação pode oferecer conteúdos e atividades práticas – no cenário do CS – voltadas, de fato, à prática da educação em saúde mental e não apenas a uma prática essencialmente terapêutica.

## **7.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Neste estudo, ainda faz-se importante ressaltar algumas limitações encontradas. Por se tratar de um trabalho qualitativo os resultados não são generalizáveis para outros contextos de forma imediata. Embora os resultados obtidos possam refletir o que acontece em outros CS, o fato é que neste trabalho as representações sociais apresentadas se referiram a um grupo de enfermeiros atuantes em apenas quatro CS, que possuem equipes de saúde mental, mesmo que estas tenham sido compostas por apenas um profissional especialista na área psiquiátrica. Por isso, acredita-se que há possibilidades de que nos CS que não possuam tal equipe especializada as representações sociais sobre as ações educativas em saúde voltadas aos usuários mentalmente adoecidos se apresentem de formas diferentes das encontradas nesta pesquisa.

Este fato, por outro lado, também reforça a importância de se realizarem outros estudos que analisem as visões dos enfermeiros sobre as ações de educação em saúde voltadas para a saúde mental nos CS que não têm as equipes de saúde mental.

Outra limitação do trabalho diz respeito a pouca experiência da pesquisadora no uso da TRS. Devido a sua complexidade pode ser que em alguns momentos a análise dos dados, principalmente no que se refere à composição dos elementos formadores das representações sociais, que são a ancoragem e a objetivação, não tenha alcançado a profundidade pretendida na discussão. Ainda se coloca como limitação a pouca relação feita entre os dados do perfil sociodemográfico com a discussão das categorias. Espera-se que, futuramente, no desenvolvimento dos artigos referentes aos resultados dessa dissertação sejam estabelecidas estas relações.

## **8. CONCLUSÃO**



Verificou-se que este estudo permitiu entender as representações sociais dos enfermeiros acerca da doença mental e da assistência praticada por eles aos usuários mentalmente adoecidos e aos seus familiares nos CS. A partir da discussão sobre a visão, os conceitos, os estigmas e preconceitos da doença mental e também da assistência em saúde mental foi possível desenvolver uma análise mais aprofundada e ter uma melhor compreensão acerca das representações sociais sobre as ações educativas em saúde mental na atenção básica tanto em relação a sua utilização quanto à participação do enfermeiro em tais ações.

Estas análises mostraram a influência, na maioria das vezes não consciente, que as representações sociais sobre a doença mental exercem na conduta diária de trabalho dos enfermeiros, uma vez que a doença mental é vista de forma muito negativa, fazendo alusões a um sofrimento abstrato que se materializa na dor e na angústia psicológica. Esta dificuldade em naturalizar o sofrer do outro e o seu próprio faz com que o enfermeiro estabeleça uma relação ancorada no receio de atender o usuário mentalmente adoecido e sua família; esta relação está baseada em estigmas e preconceitos socialmente elaborados, pois o profissional tem problemas para lidar com esta dor “invisível” (não física) e para abandonar o modelo biomédico-tecnicista.

Ainda em relação às representações da doença mental, estas afetam diretamente a assistência realizada pelos enfermeiros, os quais acreditam ter pouca qualificação para agir no atendimento de uma área que lhes é estranha e perigosa: a saúde mental. Os enfermeiros explicitam em suas falas a necessidade de capacitações na área e melhor formação acadêmica em saúde mental, entretanto, apresentam práticas assistenciais fragmentadas confirmadas em verbalizações que mostram a divisão biológica do indivíduo mentalmente adoecido quando este é assistido nos CS. Percebe-se, então, o distanciamento do enfermeiro e a sua não

responsabilização pela assistência em saúde mental evidenciada por uma cultura de encaminhamentos excessivos.

Este distanciamento é o que também vai afastar o enfermeiro de sua função de educador em saúde na área da saúde mental, pois se ele tem um comportamento distante até mesmo no cuidado de enfermagem ao usuário adoecido mentalmente e aos seus familiares, não vai realizar e nem incluir a saúde mental em suas ações educativas em saúde. Assim como ele encaminha os atendimentos, ele vai delegar a função educativa, que também lhe cabe, aos especialistas, porém estes acabam por exercer um papel mais terapêutico do que educativo e a proposta de promoção e prevenção da atenção básica fica em segundo plano quando o tema aborda a saúde mental.

Já quanto à família dos usuários mentalmente adoecidos, esta também é vista como fazendo parte de um tipo de atendimento que não é comum aos enfermeiros realizar. A imagem pré-moldada e fixa que o profissional tem é de uma família não colaborativa no cuidado, sendo este o real motivo que para os enfermeiros justifica a pouca responsabilidade assumida pela família em relação ao paciente. Apesar de reconhecerem as dificuldades de delegar à família a responsabilidade pelo cuidado do paciente, como as sobrecargas físicas, emocionais e sociais inerentes a este cuidado e às quais a família está sujeita, os profissionais, assim como na doença mental, transferem e mantêm a visão negativa que têm dos usuários mentalmente adoecidos para suas famílias.

Este processo de formação das representações sociais sobre o atendimento em saúde mental às famílias é determinante para que haja poucas atividades educativas em saúde no CS dirigidas também aos familiares com parentes adoecidos mentalmente. Inclusive, a partir dele pôde-se inferir que os enfermeiros não estão propensos a ampliarem seu olhar de cuidado em

enfermagem para o familiar deste paciente por acreditarem que cabe somente à família a busca de ajuda e da manifestação de seu sofrimento.

Outra questão que também se relaciona às representações sociais do atendimento em saúde mental nos CS são os obstáculos presentes nesta assistência, os quais são reconhecidos pelos enfermeiros como sendo quase que exclusivamente causados pelo usuário e/ou pelos serviços de saúde. Os enfermeiros, no fundo, não se colocam entre os fatores que podem gerar uma assistência pouco qualificada na saúde mental no âmbito dos CS, até mesmo a falta de capacitação não é vista como uma responsabilidade que também lhes cabe, mas que depende muito mais dos interesses políticos e sociais dos gestores em saúde.

Na realidade, entende-se que os obstáculos assistenciais para serem superados também envolvem a atitude dos enfermeiros. O desafio está em superar a manutenção de suas ações submissas ao modelo biomédico de cuidado e de um modo de agir, na assistência, preconceituoso e estigmatizado em relação ao usuário, e que estes desafios, muitas vezes, são imperceptíveis para o próprio profissional.

O estudo pretende trazer luz aos problemas gerados pelas representações sociais da doença mental e do atendimento em saúde mental na atenção básica, porque apesar do exposto acima, observou-se nas verbalizações que os enfermeiros apresentam noções, mínimas ou veladas, dos estereótipos que possuem da doença mental e das limitações da assistência que prestam em saúde mental nos CS.

Estas noções mínimas dos preconceitos e da deficiência assistencial presentes no pensamento e nas ações dos enfermeiros e o desvelamento inicial que se pretendeu fazer neste estudo das representações da doença mental e do atendimento em saúde mental mostram que existe uma possibilidade de se iniciar uma mudança nas representações sociais

da doença mental e da práxis profissional do enfermeiro no cuidado ao paciente mentalmente adoecido.

Acredita-se que os objetivos foram atingidos em sua integralidade. Analisaram-se as representações sociais do enfermeiro sobre o uso das ações educativas em saúde para os usuários adoecidos mentalmente e para seus familiares no contexto dos CS, encontrando como objetivação as orientações em saúde informadas aos usuários e familiares que se cristalizaram como uma prática do senso comum dos enfermeiros. Tais orientações são úteis ao seu cotidiano de trabalho e são sustentadas pela ênfase na capacidade de autocuidado dos usuários e no controle dos sintomas das doenças, assim como na independência dos usuários e familiares em relação aos profissionais e aos CS.

No que diz respeito às orientações de saúde voltadas aos profissionais sob a forma de educação permanente, esta foi cristalizada pelos enfermeiros como sendo uma necessidade de capacitação. Esta necessidade de aprimoramento profissional, exposta pelos enfermeiros com relação à assistência em saúde mental no CS, está incrustada em um pensamento de senso comum, que pode indicar a propensão destes profissionais em participar de programas de educação permanente na área da saúde mental.

No que tange às representações sociais do enfermeiro a respeito de sua participação nas ações educativas, como educador em saúde, voltadas aos usuários adoecidos mentalmente e seus familiares, verificou-se que a atuação desses profissionais concentra-se em uma abordagem individual, dirigida mais aos familiares do que propriamente aos usuários, pois estes têm a sua capacidade de autonomia e compreensão questionada pelos enfermeiros. O papel do enfermeiro como educador em saúde, utilizando uma abordagem coletiva nas ações educativas em saúde mental nos CS, não é exercido porque se trata de programa não prioritário

para as políticas de saúde pública e, portanto, não realizado pelos enfermeiros de modo formal e sistemático.

Já os motivos que levam os enfermeiros a não realizarem e nem participarem minimamente das ações educativas em saúde mental de cunho coletivo devem-se à invisibilidade da saúde mental na realidade prática dos enfermeiros e à falta de prioridade dos programas de educação em saúde determinados pelo MS para a realização de ações educativas em saúde mental na atenção básica. Tal fato é determinante na escolha dos enfermeiros que acabam por priorizar as práticas de educação em saúde em outras áreas.

A sobrecarga de trabalho é outro fator que na concepção dos enfermeiros explica a não participação deles nas ações educativas em saúde voltadas para os usuários mentalmente adoecidos no cenário dos CS. Existe um pensamento comum de que há uma alta demanda espontânea de pacientes que procuram a atenção básica e uma parcela considerável é atendida pelos enfermeiros durante os acolhimentos ou em consultas não programadas, conseqüentemente há falta de tempo para dar conta dessa demanda inesperada, o que favorece o ato corriqueiro dos encaminhamentos inclusive para atividades educativas e/ou terapêuticas em saúde.

Tais situações de sobrecarga de trabalho, altas demandas e falta de tempo quando somadas à presença de uma equipe de saúde mental nos CS parecem aumentar e fortalecer os encaminhamentos internos e a fragmentação da assistência dentro da atenção básica; além de favorecer o distanciamento do enfermeiro da sua função de educador em saúde com ações voltadas para os usuários mentalmente adoecidos.

A representação social das ações de educação em saúde é que determina a prática atual dos enfermeiros. Vê-se, portanto, que a construção de novas representações sociais ainda é muito incipiente no caso das ações educativas em saúde mental, pois elas estão muito

atreladas às representações sociais sobre a doença mental e a assistência à saúde mental que também estão construídas sob fortes e estáveis alicerces.

No entanto, já é possível identificar pequenas e poucas faíscas de mudanças nestas representações quando os enfermeiros reconhecem: a existência de preconceitos, a pouca qualificação da assistência de enfermagem prestada em saúde mental nos CS, e assumem que utilizam as tecnologias leves (ouvir, acolher, dialogar) em seu processo de trabalho como se fosse pouca coisa a se realizar, quando na verdade, hoje, é o que os usuários, de um modo geral, mais buscam no seu atendimento, antes mesmo de outras competências e habilidades técnicas e dos tratamentos impostos em série.

Através das verbalizações percebe-se uma forte não propensão às mudanças, pois o enfermeiro não se reconhece como importante nesse movimento de busca por transformações no caso da prática educativa em saúde mental nos CS. Assim, a tendência é que os enfermeiros mantenham por longo tempo a reprodução das representações sociais encontradas acerca do uso das ações educativas em saúde mental e na participação deles nestas ações no âmbito dos CS e, portanto, continuem se eximindo das responsabilidades que lhes cabem de: agir como educadores em saúde também na área da saúde mental, o que independe das vontades pessoais; de participar ativamente da organização do serviço; e de exigir capacitações adequadas e contínuas dos órgãos públicos, responsáveis pelos programas de educação permanente.

Diante do exposto, conclui-se que as ações de educação em saúde realizadas nos CS são o principal meio de se prevenir e promover a saúde da população, entretanto, essas ações não são frequentes quando o assunto é a saúde mental. Por isso, faz-se importante a potencialização da atenção básica de saúde, articulando-a com as redes de cuidado em saúde mental e com outros setores sociais e políticos, formando um conjunto de apoio intersetorial que

garanta o acesso aos serviços, mas, principalmente, que invista nas ações educativas em saúde, visando ações de prevenção e promoção à saúde mental.

Faz-se também essencial atender às necessidades de capacitações e melhorar a formação acadêmica dos enfermeiros para trabalhar com a saúde mental nos CS. Entende-se que somente ao atender tais carências profissionais haveria possibilidade de os enfermeiros transformarem suas representações atuais e participarem da atenção oferecida aos usuários mentalmente adoecidos de forma efetiva e eficiente, bem como aumentar sua participação como educador em saúde nas ações educativas em saúde mental nos CS e em outros setores como nos CC.

Conclui-se também que os pressupostos do estudo se confirmaram, pois os resultados evidenciaram que nos CS visitados, de fato, não foram realizadas ações educativas em saúde mental voltadas para os usuários mentalmente adoecidos e para seus familiares, que tenham tido a participação do enfermeiro. Soube-se pelos enfermeiros que há atividades “educativas” em saúde para estes usuários e familiares, mas que são organizadas e praticadas por profissionais da equipe de saúde mental, entre os quais o enfermeiro não se inclui. Entretanto, estas atividades realizadas por outros profissionais não enfermeiros são predominantemente terapêuticas do que propriamente educativas.

Encontraram-se resultados que levam a entender que os enfermeiros se sentem despreparados técnica e teoricamente para trabalharem na área da saúde mental e oferecer o mínimo de resolutividade em suas condutas assistenciais; tal fato se reflete incondicionalmente nas práticas educativas em saúde por eles realizadas, preferencialmente, em uma abordagem individual e não coletiva. Isto diminui as expectativas por transformações sociais que tenham como objetivo atender aos interesses dos usuários mentalmente adoecidos e de seus familiares por uma melhor assistência em saúde mental.

A delegação de responsabilidades, tanto nas ações educativas quanto na assistência, se confirmaram nas atitudes de encaminhar os usuários e familiares para grupos com um teor muito mais terapêutico do que educativo e nos encaminhamentos internos e externos para equipes e serviços especializados na área psiquiátrica. Tal fato demonstra o afastamento dos enfermeiros de todas as ações, sejam assistenciais ou educacionais, voltadas aos usuários mentalmente adoecidos e seus familiares, salvo a assistência prestada em situações de exceções quando não há os profissionais especializados em saúde mental.

A pesquisa mostra a necessidade de ampliar os estudos sobre a utilização de atividades educativas voltadas para a área da saúde mental. Conclui-se ainda que há carência na formação e na capacitação de recursos humanos para trabalhar com a saúde mental de uma forma técnica e teórica, mas também e, principalmente, humana. A qualidade do atendimento só pode ser garantida através de programas de capacitação e da qualificação profissional dos enfermeiros. Para isto, as instituições de formação acadêmica devem construir currículos bem estruturados, que enfatizem a importância de inserir a coordenação de grupos educativos em saúde mental e incluir as ações de educação em saúde na rede básica fazendo a articulação com os setores de pesquisa e outros da sociedade.

Neste contexto, o trabalho reforça a importância dos enfermeiros romperem com os estigmas e preconceitos que possuem da doença mental para aumentar seu interesse profissional e sua capacidade de desenvolver atividades educativas que atendam às necessidades dos usuários e familiares. Também a noção sobre as representações sociais do enfermeiro a respeito das ações educativas em saúde, saúde mental e acerca da sua participação em tais ações podem auxiliar os pesquisadores, docentes e gestores municipais de saúde e de instituições de ensino de enfermagem a buscarem novas formas de realizar as capacitações em saúde mental dos enfermeiros que atuam em CS e até mesmo em outros serviços de saúde.

Este trabalho pode auxiliar outros pesquisadores a investirem em estudos que contemplem a formação acadêmica das instituições de ensino em relação às ações educativas em saúde de modo geral, mas principalmente em relação à saúde mental considerando o âmbito dos CS. Além disso, o trabalho serve de subsídio para que os programas de educação permanente voltados para os CS incluam capacitações na área da saúde mental, visto ser uma demanda atual dessas unidades e que tende a aumentar progressivamente com a consolidação da RP e das PNSM, inclusive da Nova Política Nacional de Atenção Básica direcionada aos indivíduos e/ou dependentes químicos em situação de rua que poderão ser atendidos nos CS que aderirem a este programa.

Através deste estudo também é possível partir para outras pesquisas que façam indagações: a respeito do que é preciso fazer para garantir um atendimento mais efetivo nos CS aos familiares destes usuários e para os próprios indivíduos mentalmente adoecidos; sobre quais estratégias de ensino aprendizagem são possíveis realizar para mudar a visão que os enfermeiros têm em relação a estes usuários, aos seus familiares e à sua função como educador em saúde dentro do CS.



## **9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005. 56p. [Acesso em 03 nov 2010]. Disponível em: URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
2. Lemos SS, Lemos M, Souza MGG. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. *Arq cienc saude*. 2007;14(4):198-202.
3. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev bras enferm*. 2007;60(4):391-5.
4. Zolnierek CD. Mental health policy and integrated care: global perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(7):562-8.
5. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(3):784-95.
6. Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc saude colet*. 2009;14(1):129-138.
7. Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Esc Anna Nery*. 2008;12(1):173-8.
8. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6.
9. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev bras enferm*. 2008;61(1):117-21.
10. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev saude publica*. 1997;31(2):209-13.
11. Branco IMBHP. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2005;14(2):246-9.
12. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):376-82.
13. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cienc saude colet*. 2009;14(1):297-305.
14. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Cienc saude colet*. 2009;14(4):1177-82.
15. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev bras enferm*. 2010;63(1):51-57.
16. Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):679-86.
17. Spadini LS, Souza MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Esc Anna Nery*. 2006;10(1):132-8.

18. Crivelatti MMB, Durman S, Hofstatter LM. Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(Esp):64-70.
19. Brant LC, Minayo-Gómez C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. *Psicol estud.* 2007;12(3):465-73.
20. Jackson J, Sampaio C. Saúde Mental. In: Rouquayrol MZ (ed.). *Epidemiologia e Saúde.* 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993. p.403-20.
21. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad saude publica.* 2011;27(3):555-64.
22. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(1):85-93.
23. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad saude publica.* 2006;22(1):1639-48.
24. Soares AN, Silveira BV, Reinaldo AMS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev Rene.* 2010;11(3):47-56.
25. Taka Oguisso. Dimensões ético-legais na assistência de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC (org.). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.* Barueri (SP): Manole; 2008. p.56-79.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [on-line]. Brasília (DF); 2001. [Acesso em 12 mar 2005]. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
27. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & contexto enferm.* 2007;16(2):254-62.
28. Aires M, Roos CM, Gonçalves AVF, Schneider JF, Olschowsky A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. *Rev gauch enferm.* 2010;31(3):567-74.
29. Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):588-94.
30. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [on-line]. Geneva: WHO; 2004. 70p. [Acesso em 3 nov 2010]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)
31. Horta WA. *Processo de Enfermagem.* São Paulo: EPU; 1979.
32. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. In: Maslow AH. *Motivation and personality.* 2.ed. New York, NY: Harper & Row; 1970. p.35-58.
33. Regis LFLV, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(2):334-41.
34. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad saude publica.* 2005;21(4):1260-8.

35. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunic, Saude, Educ.* 2007;11(23):605-18.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. [Acesso em 13 abr 2011]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
37. Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Seção II: Da Saúde. Brasília: Senado Federal; 1988. [Acesso em 13 abr 2011]. Disponível em: URL: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_16.02.1998/art\\_198\\_.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_16.02.1998/art_198_.shtm)
38. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p.39-64.
39. Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Rev bras enferm.* 2010;63(3):366-70.
40. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Aranha e Silva AL, Vargas D et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp 2):1256-60.
41. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Rev bras enferm.* 2010;63(6):900-7.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* [online]. Brasília; 2003. [Acesso em 15 jun 2012]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
43. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev bras enferm.* 2010;63(5):762-9.
44. Brusamarello T, Guimarães AN, Labronici LM, Mazza VA, Maftum MA. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(1):33-40.
45. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cienc saude colet.* 2011;16(1):319-25.
46. Renovato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Texto & contexto enferm.* 2010;19(3):554-62.
47. Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad saude publica.* 2001;17(4):989-98.
48. Dias MR, Duque AF, Silva MG, Durá E. Promoção da Saúde: o renascimento de uma ideologia? *Aná Psicológica.* 2004;3(22):463-73.
49. L'abbate, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad saude publica.* 1994;10(4):481-90.

50. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev gauch enferm.* 2005;26(2):147-53.
51. Silva ARV, Macêdo SF, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Damasceno MMC. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009;10(3):146-51.
52. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope [on-line]. Geneva (Switzerland): WHO; 2001. World Health Report. 169p. [Acesso em 20 out 2011]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
53. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev bras enferm.* 2008;61(6):858-65.
54. Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.
55. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2009.
56. Pedrosa JIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: Vasconcelos EM (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.61-281.
57. Maciel MED, Pillon SC. Grupo de ajuda a alcoolistas: a educação em saúde na estratégia saúde da família. *Cogitare enferm.* 2010;15(3):552-5.
58. Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev gauch enferm.* 2011;32(1):136-42.
59. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2011;15(4):701-9.
60. Oliveira AGB, Ataíde IFC, Silva MA. 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.* 2004;13(4):618-24.
61. Weiss SJ, Haber J, Horowitz JA, Stuart GW, Wolfe B. The Inextricable Nature of Mental and Physical Health: Implications for Integrative Care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2009;15(6):371-82.
62. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saude publica.* 2008;24(9):2043-53.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007. 85p. [Acesso em 26 ago 2011]. Disponível em: URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)
64. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(4):964-70.
65. Soares SM, Silva LB, Silva PAB. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2011;15(4):818-24.

66. Oliveira FB, Silva JCC, Silva VHF, Cartaxo CKA. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Rev Rene*. 2011;12(2):229-37.
67. Sá CP. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ (org.). *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 3.reimpr. São Paulo: Ed. Brasiliense; 2004. p.19-45.
68. Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 7.ed. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 2010. 404p.
69. Franco MLPB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cad pesqui / Fund Carlos Chagas*. 2004;34(121):169-186.
70. Spink MJP. O estudo empírico das Representações Sociais. In: Spink MJP (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 3.reimpr. São Paulo: Ed Brasiliense; 2004. p.85-108.
71. Lane STM. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: Spink MJ (org.). *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 3.reimpr. São Paulo: Ed Brasiliense; 2004. p.58-72.
72. Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N (org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.11-21.
73. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010. 407p.
74. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994. 335p.
75. LoBiondo G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
76. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In: Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994. p:1-17.
77. Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. 2.ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995. 245 p.
78. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS (org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.15-41.
79. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Acesso em 26 out 2011]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
80. Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. [Acesso em 30 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>
81. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 769p.
82. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saude publica*. 2008;24(1):17-27.

83. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad saude publica*. 2011;27(2):389-94.
84. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5.ed. São Paulo: Ed. Atlas; 1999. 206p.
85. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175p.
86. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70; 2009. 281p.
87. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev bras enferm*. 2004;57(5):611-4.
88. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto & contexto enferm*. 2006;15(4):679-84.
89. Saidel MGB. Representações sociais de membros de equipes de saúde da família sobre o uso problemático do álcool por idosos. [Dissertação]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2011.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução no 196 e outras. 2.ed. Brasília; 2003. 106p. [Acesso em 28 ago 2011]. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)
91. Machado MA (coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros da Saúde da Família no Brasil: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
92. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina: revista cultural e científica*. 2005;26(2):101-8.
93. Gonçalves RMDA, Pedrosa LAK. Perfil dos enfermeiros da estratégia saúde da família e suas habilidades para atuar na saúde mental. *Cienc cuid saude*. 2009;8(3):345-351.
94. Ramos CS, Heck RM, Ceolin T, Dilélio AS, Facchini LA. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Cienc cuid saude*. 2009;8(supl):85-91.
95. Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros de um Programa de Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*. 2007;15(1):46-52.
96. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm Foco*. 2011;2(supl):89-93.
97. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades. Rio de Janeiro; 2009. [Acesso em 31 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=sp>
98. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Homologação do Concurso Público, realizado para provimento dos cargos efetivos de Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro e Técnico em Radiologia. Diário Oficial do Município, nº 9.865, de 31 de março de 2010 [Acesso em 30/01/2012]. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/174326227.pdf>
99. Berlinguer G. A Doença. São Paulo, SP: Ed. HUCITEC: CEBES; 1988. 150p.
100. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev enferm. UERJ*. 2009;17(1):111-7.

101. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [on-line]. 47ª ed. Genebra: OMS; 2009. 200p. [Acesso em 21 jun 2012]. Disponível em: URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf>
102. Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo, SP: Ed. SENAC; 2002. 160p.
103. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica. 4.ed. Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso. 2002. 384p.
104. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática profissional [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. [Acesso em 1 jun 2012]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-17112006-111354/pt-br.php>
105. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2011;60(3):221-6.
106. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. Rev Saúde Públ [on-line] 2008;42(4):717-23. [Acesso em 1 jun 2012]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6830.pdf>
107. Cavalheri SC, Merighi MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Rev bras enferm. 2007;60(1):9-14.
108. Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. Rev Rene. 2012;13(1):53-63.
109. Brasil. Ministério da Saúde. Ato Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [on-line]. Brasília; 2004. [Acesso em 6 jul 2012]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>
110. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev Eletr Enf [on-line] 2007;9(2):389-401. [Acesso em 6 jul 2012]. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>
111. Silva GM, Seiffert MOLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev bras enferm. 2009;62(3):362-6.
112. Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Rev Eletr Enf [on-line] 2011;13(1):60-9. [Acesso em 6 jul 2012]. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a07.htm>
113. Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. Cienc cuid saude. 2008;7(3):376-84.

114. Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na Atenção Básica em Saúde: da Fragmentação à Integralidade. *Rev bras educ med.* 2011;35(2):177-85.
115. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc saude colet.* 2011;16(6):2753-62.
116. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o publico.* 3.ed. São Paulo, SP: HUCITEC; 2007. p.71-112.
117. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2.ed. São Paulo: Escrituras Editora; 2006. p.160.
118. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & contexto enferm.* 2004;13(4):543-50.
119. Carneiro AC, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos AS. Educação popular em saúde mental: relato de uma experiência. *Saude soc.* 2010;19(2):462-74.
120. Sant'Ana MM, Pereira VP, Borenstein MS, Silva AL. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(1):50-8.
121. Tomasi et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc saude colet.* 2011;16(11):4395-404.
122. Silva ALA, Guilherme M, Rocha SSL, Silva MJP. Comunicação e enfermagem em saúde mental– reflexões teóricas. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2000;8(5):65-70.
123. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Rev Eletr Enf [on-line]* 2009;11(4):942-51. [Acesso em 13 jul 2012]. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a20.htm>.
124. Onocko Campos R et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cienc saude colet.* 2011;16(12):4643-52.
125. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev gauch enferm.* 2008;29(4):573-80.
126. Alves M, Oliveira RMP. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. *Esc Anna Nery.* 2010;14(1):64-70.
127. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):674-80.
128. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde [on-line].* Brasília; 2002. 56p. [Acesso em 14 de jul 2012]. Disponível em: URL: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_1221\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf)
129. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev Latino-Am Enfermagem [on-line]* 2009;17(2). [Acesso em 17 jul 2012]. Disponível em: URL: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
130. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saude soc.* 2007;16(1):57-68.
131. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad saude publica.* 2005;21(1):200-6.

132. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):597-604.
133. Sudan LCP, Corrêa AK. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. *Rev bras enferm*. 2008;61(5):576-82.
134. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab educ saúde [on-line]* 2011;9(2):201-21. [Acesso em 17 jul 2012]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf>
135. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC; 1991. 139p.
136. Olivi ML, Fonseca RMGS. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):213-21.
137. Fonseca RMGS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp 2):1690-5.
138. Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EN (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p.87-100.
139. Barata RB. Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. *Cienc saude colet*. 2001;6(1):20-21.
140. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em psf: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm*. 2006;11(2):143-9.
141. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev bras enferm*. 2009;62(4):524-9.
142. Spadini LS, Souza MCBM. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. *Esc Anna Nery*. 2010;14(2):355-60.
143. Macêdo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto & contexto enferm*. 2006;15(2):222-30.
144. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2010;14(32):127-38.
145. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Cienc saude colet*. 2001;6(1):7-19.
146. Stotz EN. Saúde coletiva: conhecimento, identidade e poder. *Cienc saude colet*. 2001;6(1):28-32.
147. Rouquayrol AZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol AZ, Almeida Filho N (org.). *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.17-35.



**ANEXO**



## ANEXO 1 – Parecer CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa)

CEP, 19/05/11  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** N° 224/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
**CAAE:** 0168.0.146.000-11

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL E FAMILIARES NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Fernanda Ribeiro Sobral

**INSTITUIÇÃO:** Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Saúde

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 06/04/2011

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 19/05/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

### II – OBJETIVOS

Conhecer a percepção do enfermeiro que atua nos centros de Saúde do município de Campinas, sobre as atividades de educação em saúde realizadas nesses locais, em relação à Saúde Mental e sua participação como educador.

Avaliar a percepção do enfermeiro sobre a utilização de atividades de educação em saúde para portadores de transtornos mentais e seus familiares, no contexto dos Centros de Saúde; analisar a participação do enfermeiro, principalmente como educador em saúde, nas práticas educativas voltadas aos pacientes com transtornos mentais e seus familiares, atendidos nos Centros de Saúde.

### III – SUMÁRIO

Os Centros de Saúde são o principal acesso da população aos cuidados primários de saúde transformando-os numa parte importante da rede de serviços à saúde mental. Nestes locais é comum profissionais de enfermagem realizarem o atendimento a pacientes com queixas psiquiátricas. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-exploratório, cujo objetivo é analisar a percepção dos enfermeiros da rede básica sobre o uso de práticas educativas em saúde, direcionadas aos portadores de transtornos mentais e seus familiares. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas em uma amostra intencional de enfermeiros atuantes em Centros de Saúde do município de Campinas. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo temático utilizando como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, com destaque para seus processos formadores básicos: ancoragem e objetivação. O desenvolvimento deste projeto de pesquisa pretende ampliar os conhecimentos e as experiências sobre o assunto, além de subsidiar o desenvolvimento da assistência e das intervenções educativas em saúde mental, nesses serviços.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de abril de 2011.

  
**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## ANEXO 2 – Carta de autorização



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
Secretaria Municipal de Saúde

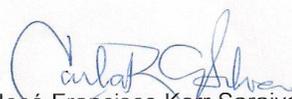


### AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, em nível de Mestrado, intitulada “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E PARA SEUS FAMILIARES NA ATENÇÃO BÁSICA: perspectiva do enfermeiro**”, que tem por objetivo conhecer a percepção do enfermeiro que atua nos Centros de Saúde do município de Campinas, sobre as atividades de educação em saúde realizadas nestes locais em relação à Saúde Mental e sua participação como educador.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por pesquisadora, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, junto aos enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde do município de Campinas, sob a coordenação do Professor Doutor Claudinei José Gomes Campos.

Campinas, 15 de março de 2011

  
José Francisco Kerr Saraiva  
Secretário Municipal de Saúde



## **APÊNDICES**



## APÊNDICE 1 – Distribuição da frequência de temas referentes às pré-categorias de análise

Tabela 2 – Distribuição da frequência de temas referentes às pré-categorias de análise

Pré-categoria	Tipos de temas	Entrevistas												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Doença Mental	Formas de manifestação	X	x	x	x			x	x	x		x		8
	Etiologia	X		x		x	x	x			x	x	x	8
	Repercussões sociais	X				x	x					x		4
	Percepção epidemiológica	X						x		x	x			4
	Divisão biológica		X	x	x									3
	Estigmas e Preconceitos			X				x	x	x				4
<b>Total de temas novos para cada entrevista</b>		4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Pré-categoria	Tipos de temas	Entrevistas												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Especificidade no cuidado em saúde mental	Pré-identificação do paciente	X	x			x						x	x	5
	Tempo inadequado	X												1
	Espaço físico	X		x		x								3
	Dificuldade de vínculo	X		x		x		x		x				5
	Dificuldades com medicação	X	x			x				x				4
	Dificuldade de compreensão				X					x			x	3
<b>Total de temas novos para cada entrevista</b>		5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	

Pré-categoria	Tipos de temas	Entrevistas												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
O atendimento em Saúde Mental no Centro de Saúde	Despreparo profissional	X		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
	Capacitação/ Educação permanente	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	11
	Encaminhamentos aos especialistas	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
	Fragmentação do cuidado	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	11
	Dificuldades encontradas	X		x	x		x			x		x	x	7
	Atuação da enfermeira	X	x	x	x	x		x	x	x	x		x	10
	Atuação da enfermeira na família	X	x			x	x	x	x	x		x		8
	Família como aliada no cuidado	X	x	x			x	x	x	x	x	x	x	10
	Sobrecarga familiar				X	x	x	x						4
	Formação acadêmica						X	x				x		3
<b>Total de temas novos para cada entrevista</b>		8	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	

Pré-categoria	Tipos de temas	Entrevistas												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ação educativa em saúde: conceito	Orientações de saúde	X	x	x	x	x		x		x	x		x	9
	Autonomia do paciente	X		x			x		x	x		x	x	7
	Forma de educação permanente	X					x							2
	Valorização do conhecimento prévio		X			x								2
<b>Total de temas novos para cada entrevista</b>		3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Continua...

... Continuação															
Pré- categoria	Tipos de temas	Entrevistas												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
<b>Ação educativa em Saúde Mental participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	<b>X</b>	x	x	x	x	x	x	x	x			x		10
	Abordagem coletiva	<b>X</b>	x	x	x	x	x		x		x	x	x		10
	Motivos da não participação	<b>X</b>	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	11
<b>Total de temas novos para cada entrevista</b>		<b>3</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

## APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista

### Parte 1 - Formulário de caracterização do entrevistado

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Horário: início: \_\_\_:\_\_\_h. Término: \_\_\_:\_\_\_h. Duração: \_\_\_\_\_min.

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Idade: \_\_\_\_\_ 4) Sexo: \_\_\_\_\_ 5) Estado civil: \_\_\_\_\_

6) Nº de filhos: \_\_\_\_\_ 7) Religião: \_\_\_\_\_

8) Instituição de formação acadêmica: \_\_\_\_\_

( ) Particular ou ( ) Pública

9) Ano de conclusão (Graduação): \_\_\_\_\_

10) Curso de Especialização/ Pós-graduação: \_\_\_\_\_

11) Tempo de atuação como enfermeiro: \_\_\_\_\_

12) Atualmente trabalha em outro(s) local(is): \_\_\_\_\_

13) Período e horas de trabalho: \_\_\_\_\_

14) Tempo de trabalho no CS: \_\_\_\_\_

15) Tipo de vínculo empregatício que tem com o CS: \_\_\_\_\_

16) Trabalhou em outro(s) serviço(s) de saúde?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

Quanto tempo: \_\_\_\_\_

## **Parte 2 – Entrevista semiestruturada**

1. Qual a sua compreensão/visão sobre doença mental?
2. Como você percebe o atendimento de pacientes em Saúde Mental no Centro de Saúde?  
Conte alguma situação deste tipo de atendimento que tenha ocorrido neste CS?
3. Como você vê a participação da família do paciente com adoecimento mental neste serviço?
4. Qual sua visão sobre ações educativas em saúde?
5. Como você vê a utilização das ações de educação em saúde junto aos pacientes adoecidos mentalmente e aos seus familiares no Centro de Saúde?
6. Você gostaria de fazer mais alguma consideração sobre o assunto?

### **APÊNDICE 3 - Pré-teste: algumas considerações**

Pretende-se apresentar, sucintamente, o processo de realização do pré-teste a fim de conferir maior transparência à pesquisa, tentando garantir validade e confiabilidade à metodologia utilizada no estudo.

#### **Instrumento de coleta de dados**

O pré-teste do instrumento foi realizado em um dos Centros de Saúde do município de Campinas previamente selecionados no projeto de pesquisa, e que foi denominado CS-Teste. A escolha justifica-se pelo fato de a pesquisadora nunca ter tido contato com este serviço, portanto tratou-se de um campo desconhecido, que proporcionou uma situação de dificuldade, visando a preparação para o processo de coleta de dados.

A negociação para entrada no campo e a realização da entrevista demorou duas semanas e meia. A amostra do pré-teste foi composta por duas enfermeiras do CS-Teste, cada uma recebeu uma denominação alfanumérica (T1 e T2). As entrevistas ocorreram em meados do mês de setembro.

Após a leitura da transcrição das entrevistas e depois da avaliação do orientador constatou-se que o instrumento trouxe à tona questões interessantes para este estudo e que atendiam aos objetivos da pesquisa. Assim, as duas entrevistas mostraram-se suficientes para analisar a eficácia do instrumento.

Acrescentou-se ao formulário de caracterização da amostra uma questão sobre o tipo de vínculo empregatício do participante com o CS. Isso pareceu necessário como uma precaução,

pois uma das enfermeiras do CS-Teste convidada para participar do pré-teste, após agendamento prévio da entrevista preferiu não participar por possuir contrato de trabalho temporário e estar com sua situação indefinida. Porém, o acréscimo desse item não se mostrou significativo para os resultados obtidos posteriormente na coleta de dados, pois todas as entrevistadas tinham vínculo empregatício efetivo e, portanto, não houve imprevistos relacionados ao contrato de trabalho dos participantes.

Também foram realizados alguns ajustes nas perguntas norteadoras de modo a deixá-las mais claras ao entrevistado e melhor captar a percepção e a visão dos enfermeiros acerca do tema que envolve esta pesquisa. Para entender o que as enfermeiras entendiam por ação educativa em saúde, acrescentou-se às perguntas semiestruturadas uma questão na qual os participantes fornecessem uma definição sobre ação educativa em saúde. Entretanto, as respostas iniciais para esta questão foram muito formais e decidiu-se, posteriormente – já no início da coleta de dados – modificar tal questionamento, enfatizando a visão das enfermeiras sobre a ação educativa em saúde e não mais a sua simples definição. Percebeu-se que tal alteração trouxe algumas contribuições ao conteúdo das respostas.

### **Caracterização do perfil da amostra do pré-teste**

A primeira entrevista durou aproximadamente 15 minutos, obtendo-se os seguintes dados sócio-demográficos e profissionais: 44 anos, casada, 2 filhos, budista, formada em instituição pública federal em 1990, realizou 2 especializações, atuava como enfermeira a 21 anos, trabalhava no CS-Teste há 10 anos, com carga horária de 36 horas semanais, predominantemente no período da manhã, sendo o único emprego atualmente, trabalhou em hospital e outros CS do município de Campinas.

Já a segunda entrevista durou 43 minutos, os dados sócio-demográficos e profissionais foram: 37 anos, solteira, sem filhos, espírita, formada em instituição pública estadual, em 2001, possuía uma especialização, atuava como enfermeira há 10 anos, trabalhava no CS-Teste há aproximadamente um ano e dois meses, com carga horária de 36 horas semanais, predominantemente no período da tarde, sendo o único emprego atualmente, trabalhou em outros serviços de saúde particulares e em hospital público estadual.

### **Pré-análise das entrevistas**

Foi realizada uma pré-análise do material coletado durante o pré-teste, seguindo a fase inicial proposta por Bardin. Entretanto a análise de conteúdo não foi realizada em todas as suas fases, ou seja, não foi realizada uma exploração aprofundada do material e nem o tratamento dos resultados e interpretação. O objetivo foi testar a técnica inicial e treiná-la, a fim de elaborar pré-categorias por temas. Assim, fez-se a leitura flutuante, a referência dos possíveis índices (temas contidos na mensagem falada) e seus respectivos indicadores (recortes do texto).

Deste modo, a pré-análise permitiu a identificação das seguintes categorias temáticas e subcategorias:

- Representações sobre doença e saúde mental;
- Representação sobre a participação e as ações do enfermeiro no atendimento em saúde mental no CS
  - ✓ Recursos humanos: despreparo profissional, medo e preconceitos;
  - ✓ Especificidades no atendimento: tempo, vínculo e espaço físico;

- ✓ Cuidado compartilhado e fragmentado em saúde mental / Rede de apoio: especialistas, família e comunidade;
- Representações sobre a ação educativa em saúde mental
  - ✓ Abordagem individual;
  - ✓ Abordagem coletiva;
  - ✓ Participação nas ações educativas em saúde mental;
  - ✓ Formação do enfermeiro na disciplina de saúde mental e nas ações educativas em saúde.

### **Conclusões do pré-teste**

O pré-teste permitiu a realização de algumas adequações no instrumento de coleta de dados, mostrando que o mesmo é válido e que pôde viabilizar o desenvolvimento desta pesquisa, pois a pré-análise preliminar do conteúdo das entrevistas permitiu uma pré-categorização de temas satisfatórios e condizentes aos objetivos propostos. Além disso, foi possível fazer um breve treinamento para as entrevistas e estimar um tempo aproximado para as mesmas.

## APÊNDICE 4 – Quadros de análise das entrevistas

Quadro 4 – Entrevista E1 Local: CS-A Duração: 28 min 36 seg Data: 29/09/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“qualquer tipo de sofrimento [...] que o faça perder o bem estar” ( <b>perda da saúde: patologia</b> ) “qualquer tipo de problema que ele não consiga lidar direito [...] e que cause um sofrimento emocional, mental” ( <b>dor que compromete a saúde</b> ); “um sofrimento por conta... pela estrutura familiar abalada ou por drogas ou por álcool ou pelo desemprego” ( <b>visão etiológica - causas multifatoriais</b> ); “faz com que as pessoas não consigam desempenhar suas funções em outros núcleos de emprego, de amizade, de religião” ( <b>implicações sócio-econômicas-espirituais da doença</b> );
	Estigmas e preconceitos	“aquele paciente já faz um acompanhamento com o psicólogo, psiquiatra ou CAPS, esse paciente já é rotulado desde a hora que ele entra” ( <b>preconceito</b> )
O atendimento em saúde mental no Centro de Saúde	Formação acadêmica e capacitações em Saúde Mental	“ainda tem um despreparo muito grande dos profissionais... que na verdade são os auxiliares [de enfermagem]” ( <b>transferência de responsabilidade pelo despreparo a outros profissionais</b> ); “eu me sinto ainda despreparada... acho que pelo pouco tempo de serviço” ( <b>despreparo profissional devido à inexperiência</b> ); “Falta capacitação” “acho que precisa ter mais capacitações na área” ( <b>necessidade de capacitação profissional</b> )
	Fragmentação da assistência	“muito voltado nos dois profissionais de saúde mental, psiquiatra e psicólogo” “qualquer queixa [...] já tenta fazer o encaminhamento um pouco forçado” “se não tem vaga com ninguém, daí que vai chegar na enfermeira” ( <b>encaminhamento: atendimento centrado nos profissionais da SM</b> ) “a saúde mental não é exclusivo dos dois profissionais” ( <b>não há integralidade na assistência</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“a família sempre vem junto a pedido nosso para que a gente converse, para alguma orientação melhor, porque aquele paciente não tem condição de prover sua saúde sozinho” ( <b>questiona a autonomia do paciente</b> ); “a gente sempre se põe à disposição de qualquer dúvida, de vir conversar com a gente [...] pelo menos para a gente escutar, orientar” ( <b>apoio da enfermeira: informal, não programado</b> ); “falta um grupo de apoio ao cuidador” “no CAPS tem um grupo... dos cuidadores, então se for o caso a gente encaminha” ( <b>desamparo familiar no CS</b> )
	Dificuldades encontradas	“precisa de um tempo e uma consulta muito melhor do que realmente a gente presta” “hoje no CS a gente não tem todo esse tempo” ( <b>falta de tempo compromete a qualidade da assistência em SM</b> ); “a própria organização do CS de espaço físico faz com que a gente não tenha muita possibilidade de conversar com o paciente” ( <b>espaço físico restrito: falta de privacidade no atendimento</b> ); “pacientes que são debilitados severamente de algum transtorno psiquiátrico, que não tem condições, por exemplo, de fazer uso adequado de medicação” ( <b>dificuldades com a medicação: questiona a autonomia do paciente</b> ); “não consigo ser resolutiva [...] pela quantidade de atendimento [...] pelo pouco tempo, porque a gente não consegue ter uma qualidade melhor, a gente acaba sendo mais quantidade” ( <b>falta de organização técnico-administrativa prejudicando a assistência</b> )
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“todas as orientações que a gente dá visando à saúde, o bem estar do paciente, seja uma orientação de higiene ou da saúde mental, que tenha que ouvir, aconselhar” ( <b>transmissão de informações – modelo higienista</b> ); “[...] visando a autonomia daquele paciente, para que ele fique menos dependente dos profissionais e mais autônomo” ( <b>autonomia para o autocuidado/ maior independência em relação aos profissionais</b> )
	Forma de educação permanente	“não só do paciente, da própria equipe também. A gente faz treinamentos, capacitações, reuniões, discussões de casos para se apropriar do que está acontecendo, para se aprimorar da técnica, dos conceitos, para melhorar o andamento do serviço” ( <b>ação educativa em saúde X educação permanente</b> )
Ações educativas em saúde mental: participação da enfermeira	Abordagem individual	“a medicação adequada, explica porque tem que tomar todo dia, [...] de procurar ajuda [...], que pode vir aqui para conversar... as ações educativas entram mais nisso” “a gente conversa, escuta, tenta ajudar dentro do limite da enfermagem” ( <b>ações individuais e pontuais</b> ); “a gente consegue fazer essa orientação melhor junto da família” ( <b>a família auxilia no cuidado do paciente, mas não é foco do cuidado</b> )
	Abordagem coletiva	“Não tem grupo terapêutico [para o familiar]” “a gente não tem pernas para fazer [atividades em grupo com as famílias]” ( <b>sobrecarga de atividades/ empecilhos à ação educativa em grupo</b> )
	Motivos da não participação	“a gente não consegue [trabalhar com grupos de saúde mental]... os acolhimentos são muitos, as agendas... intermináveis...”; “se não tiverem tantas intercorrências [...], a gente vai ter tempo para fazer as ações educativas [...]” ( <b>alta demanda e falta de tempo: excesso de atendimentos não programados</b> )

**Quadro 5** – Entrevista E2 **Local:** CS-A **Duração:** 29 min 39 seg **Data:** 29/09/2011

<b>Pré-categoria</b>	<b>Temas encontrados</b>	<b>Recortes temáticos: ancoragem X objetivação</b>
<b>Doença mental</b>	Visões e conceitos	“está muito relacionada à questão de comportamento, transtorno de relações, doenças específicas da área mental” ( <b>visão comportamental</b> ) “A gente às vezes cai nesse risco de achar que doença mental está desvinculada do restante do corpo” ( <b>visão biológica dualista: divisão mente/corpo</b> )
	Estigmas e preconceitos	“normalmente são esses pacientes que costumam vir, que já são conhecidos” ( <b>preconceito</b> )
<b>O atendimento em saúde mental no CS</b>	Formação acadêmica e capacitações em Saúde Mental	“precisava de mais capacitações, mais envolvimento, tanto da Secretaria quanto da equipe de saúde mental, quanto dos próprios profissionais” ( <b>necessidade de capacitações profissionais e de envolvimento da Secretaria de Saúde do município</b> );
	Fragmentação da assistência	“costumo fazer sempre um apoio para aquele momento e oferecer um profissional da área da saúde mental [...]” ( <b>encaminhamento interno: ação individual, emergencial</b> ); “essa questão clínica e saúde mental, eu acho ela... descompartilhada”, “a gente precisa de alguém da saúde mental para poder ajudar nessa compensação, você não consegue encaixar” ( <b>necessidade de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar</b> ); “a importância que a gente dá para a clínica, o psiquiatra não dá para clínica. Ele dá se o paciente [...] está com uma descompensação da mental, se não está aí é problema do clínico, não é da mental” ( <b>trabalho multiprofissional: a especialização “induz” a fragmentação</b> ); “tem paciente que não faz uso de medicação anti-hipertensiva, então esse problema é da unidade, não é do CAPS” ( <b>fragmentação do cuidado entre os serviços</b> ); “paciente que tem só transtorno mental e nenhuma outra comorbidade acaba, às vezes, nem chegando para gente, acaba vindo para o enfermeiro aquele que tem outras intercorrências” ( <b>a demanda que chega ao enfermeiro está relacionada às comorbidades que o doente mental tem</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“na maioria dos pacientes em saúde mental a gente precisou intervir com a família” ( <b>família: aliada no cuidado em SM</b> ); “a gente tem uma dificuldade grande de participação da família” “a família tem dificuldade de acompanhar esses pacientes, [...] tem um despreparo” “As famílias não estão estruturadas para se agregarem para o cuidado desse paciente” ( <b>equipe: necessidade do apoio familiar e transferência de responsabilidade no cuidar</b> ); “um olhar... que não é de todos os profissionais... é entender porque a família não consegue cuidar desse paciente. [...] se você não tem um olhar para [...] entender que o paciente está abandonado, mas que o paciente não consegue aderir ao tratamento junto com a família, ou a família passa por dificuldades [...]” “Então fica sobrecarregado com um só da família” ( <b>família: desinstrumentalização para o exercício do cuidado</b> )
	Dificuldades encontradas	“o paciente não consegue assumir a automedicação” ( <b>dificuldade com a medicação: questiona a autonomia do paciente</b> )
<b>Ações educativas em saúde: conceito</b>	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“a gente tem que orientar... é uma ação que pode ser individual, pode ser local, pode ser com um ajudante daquela família” “Higiene de mão, higiene pessoal...” ( <b>ênfase nas orientações individuais como as atividades de vida diária: modelo higienista</b> )
	Valorização do conhecimento prévio	“a educação precisa ser falada não do nível científico ou do conhecimento que eu tenho, mas o conhecimento de quem está recebendo a informação vai entender” “colocar as ações no padrão de quem recebe a informação” ( <b>aliar os conhecimentos do senso comum com os científicos</b> )
<b>Ações educativas em saúde mental: participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	“não tenho muita experiência para essas ações educativas, são às vezes muito pontuais”; “às vezes, naquele momento, é só estar junto com o paciente [...] e você saber o momento em que você vai falar” “é mais no geral, é sempre... bem pontual e sempre junto com alguém da família, né? Então assim... saber até que ponto aquele paciente da saúde mental tem autonomia para fazer ou querer” ( <b>consultas e orientações pontuais, empíricas e individuais, e de preferência com o auxílio do familiar: questiona a autonomia do paciente em SM</b> )
	Abordagem coletiva	“não tenho muita experiência de fazer grupos com pacientes da saúde mental, de trabalhar com ações educativas” ( <b>não realiza por falta de experiência</b> )
	Motivos da não participação	“tem horas que você não vai poder falar nada, você sabe que a situação é ruim...” ( <b>limitações nas ações educativas do profissional</b> ) “se eu fizer 100 orientações e um mudar, para mim já valeu a pena” ( <b>Expõe dificuldade da ação educativa e mostra contentamento pelos resultados das ações individuais</b> )

Quadro 6 – Entrevista E3 Local: CS-A Duração: 34 min 22 seg. Data: 29/09/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“um acometimento que de alguma forma vai desequilibrar o paciente, sair do seu bem estar psicológico” ( <b>ênfase no modelo psicológico</b> ) “a questão familiar é decisiva para qualquer sofrimento mental”(visão etiológica: causas e repercussões familiares); “a saúde mental não está descolada do resto, né? Então, a saúde mental tem a parte clínica, tem todo o resto, né?” (visão integral do paciente: visão holística)
	Estigmas e preconceitos	“tem um estigma, que está presente na nossa sociedade, o que é o louco, como os sintomas vão se manifestar. [...] É a visão da nossa sociedade mesmo, é o estigma que a saúde mental tem, né? E isso ainda está muito inserido nos profissionais” (influencia a assistência do profissionais da saúde)
O atendimento o em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“falta um pouco de preparo para lidar com as questões de saúde mental, não é só uma limitação da enfermagem” “nosso acolhimento [é] bem enfermeiro centrado, se chegar alguém que começa a chorar, eles [auxiliares] correm para mim” ( <b>ênfase no despreparo do auxiliar: transferência de responsabilidade</b> ); “despertar essa concepção de sofrimento mental, problematizar algumas coisas, falar sobre as doenças, por exemplo [...] acho que trabalhando a concepção já ia abrir uma porta para outras coisas” (necessidade de capacitações em SM)
	Fragmentação da assistência	“quando chegam essas demandas no acolhimento, tem que ou o médico ou uma enfermeira fazer o encaminhamento para a psicóloga” (fluxograma do encaminhamento interno); “[...] tem uma dificuldade de construir isso, porque as pessoas não se envolvem como deveriam” “alguns profissionais do CAPS fazem o matriciamento [...] só que essas reuniões são a psicóloga, o psiquiatra e o CAPS [...]. E às vezes fica a discussão do CAPS com a equipe de saúde mental descolada da equipe de referência” “Não dá para discutir com a equipe de saúde mental e a equipe não está inserida em nada, porque fica estagnado mesmo, cada um tem um olhar” (falta de integralidade na assistência/ separação das equipes)
	Ações e visões relacionadas à família	“do mesmo jeito que a gente tem que ter um vínculo muito bom com o paciente, a gente tem que ter com a família” (estender o cuidado à família do paciente); “a gente tem boas experiências e experiências que não são tão boas assim. [...] tem casos que às vezes dão uma estagnada, ou não andam na velocidade que a gente gostaria por conta da família” (necessidade da família para o cuidado do paciente e não como foco de cuidado)
	Dificuldades encontradas	“os pacientes são acolhidos no mesmo ambiente [...], não é uma sala individual” “Mas mesmo se a sala fosse fechada, também não seria uma situação que a equipe de uma forma geral está preparada para lidar” (falta de espaço físico: restrição à privacidade do atendimento); “não consigo entrar na reunião, porque tenho que dar retaguarda para o acolhimento nesse dia, nesse horário” (falta de tempo para realizar todas as funções do enfermeiro).
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“é uma orientação que você faz, um grupo que você organiza, para atingir um objetivo de empoderamento, de dar autonomia para o paciente” (apropriação de conhecimentos de saúde); “Qualquer ação que tenha como objetivo fortalecer a autonomia do paciente, o entendimento dele sobre as doenças ou a saúde. É munir o paciente de poder. Dar para ele autonomia de responder pelo seu corpo, pela sua mente e conseguir fazer escolhas, sejam boas ou ruins” (autonomia para tomar decisões de saúde)
Ações educativas em saúde mental: participação o da enfermeira	Abordagem individual	“No acolher, acho que dou conta de acolher o paciente, de poder escutar” ( <b>ênfase na ação individual</b> ); “A não ser que o paciente tenha uma questão clínica, por exemplo, [...] a equipe vai acabar acompanhando também. Mas se ele não for... a equipe está muito distante, não está construindo junto com a equipe de saúde mental essas práticas no dia a dia. Acaba ficando a cargo só da equipe de saúde mental” (atuação da enfermeira isolada da equipe de SM e vice-versa)
	Abordagem coletiva	“aqui está um déficit de grupos de uma forma geral, [...] para outros sofrimentos mentais, uma coisa mais específica assim, não tem nem sinal” (sem perspectivas de mudanças); “vejo meio empobrecido, a gente podia ter uma atuação mais próxima” “quem acaba fazendo de fato essas práticas, acolhendo, acompanhando estes pacientes é a psicóloga e o psiquiatra” (distanciamento da enfermeira nas ações educativas em SM)
	Motivos da não participação	“A demanda espontânea é muito grande e dar conta dessa demanda significa abrir mão de estar presente em muitos espaços, e esse é um deles. [...] a prioridade do município é o acolhimento [...] é atender a demanda espontânea. [...] acho que a prioridade que a política do município dá é bem determinante” (prioridade das políticas públicas de saúde influencia as ações da enfermeira); “os maiores desafios são encurtar essas distâncias da equipe geral para equipe de saúde mental... trazer isso como prioridade para os profissionais, porque eu vejo isso [ações educativas em saúde mental] como uma deficiência” (necessidade de mudanças na mentalidade e reflexões sobre o desenvolvimento de ações educativas em SM, no âmbito político e da formação profissional)

Quadro 7 – Entrevista E4 Local: CS-A Duração: 12 min 34 seg Data: 30/09/2011

Pré-categoria	Temas verbalizados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“são os transtornos psiquiátricos [...] são os pacientes que possuem os transtornos psiquiátricos” (patologias: <b>visão voltada para o diagnóstico</b> ); a gente atende esses pacientes no dia a dia, porque eles não têm só transtornos mentais, eles são portadores de hipertensão, diabetes, muitas vezes, gestantes, pais ou são mães” ( <b>visão patológica: busca-se as doenças</b> )
	Estigmas e preconceitos	“eu não tenho muita dificuldade de atender não [por preconceito], a minha dificuldade é mais técnica mesmo, porque eu não trabalho na área, então às vezes você não sabe direito como abordar algumas situações... Aquela dificuldade já estigmatizada por ser paciente de saúde mental eu não tenho isso. [...] o que eu sinto é... falta preparo para mim, para abordagem e acompanhamento desses pacientes” ( <b>nega preconceito, associa a dificuldade à falta de capacitação</b> ); “nem a equipe médica, nem a equipe de enfermagem assumem o acompanhamento desse paciente no que diz respeito à saúde mental, e com relação às outras patologias que são associadas: ‘ah, mas ele é paciente psiquiátrico’, ‘não adianta orientar isso porque ele não vai seguir, porque ele é paciente psiquiátrico.’” ( <b>visão estigmatizada: questiona a autonomia do paciente psiquiátrico</b> )
O atendimento em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“a gente... não tem muita experiência nessa área” ( <b>despreparo profissional devido à in experiência</b> ); cuidado); “Precisa sensibilizar a equipe para esta questão de assumir um paciente que... quando chega aí, independente do médico estar ou não, a gente tem que acolher” ( <b>necessidade de capacitação profissional da equipe, tornando-a menos dependente do médico psiquiatra</b> )
	Fragmentação da assistência	“é bem médico centrado [...]. É bem centrado no psiquiatra, na psicóloga” “a saúde mental acaba ficando muito apartada. [...] Em alguns casos [...] o psiquiatra, o psicólogo participam das reuniões de equipe... discutem alguns casos com outros profissionais da equipe, mas ainda fica muito na responsabilidade só deles” ( <b>isolamento: ações médico centradas</b> ); “nem a equipe médica, nem a equipe de enfermagem assumem o acompanhamento desse paciente no que diz respeito à saúde mental...” ( <b>não integralidade do paciente</b> ); “é um desafio conseguir de fato uma articulação multiprofissional dentro do CS, no atendimento desses pacientes. É um desafio G-R-A-N-D-E” ( <b>dificuldades no trabalho multiprofissional e na interdisciplinaridade</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“o familiar [...] a medida do possível a gente tenta acolher [...], mas não existe uma ação estruturada de acompanhamento para essas famílias, não” “Mas também a gente nunca pensou numa ação para que a gente conversasse com esta família nesse sentido, as ações são bem pontuais mesmo” ( <b>necessidades de ações para apoiar a família</b> ); “a família tem muita dificuldade de lidar” “são pessoas muito sofredas que estão cansadas de lidar com aquela situação” “normalmente são pessoas que já chegam desgastadas da situação, porque uma coisa é a gente conviver com este paciente, outra é o familiar que está dentro de casa, que às vezes não tem contenção...” ( <b>família: desinstrumentalização</b> )
	Dificuldades encontradas	“às vezes, a percepção do que você está falando é diferente... a demanda dele é outra” ( <b>dificuldade de compreensão: compromete a adesão ao tratamento e o vínculo do paciente</b> ); “eu não tenho dificuldade, eu acabo tentando tratá-los... da mesma forma, mesmo sabendo que, às vezes, a percepção do que você está falando é diferente” ( <b>nega dificuldades ao mesmo tempo em que questiona peculiaridades do paciente que podem dificultar o trabalho</b> )
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia	“todas as ações que você procura estimular todo paciente a compreensão... ou da sua doença ou da prevenção de doenças, o autocuidado, a coresponsabilização ao cuidado.” ( <b>orientações para a compreensão do cuidado e a prevenção de doenças</b> )
Ações educativas em saúde: participação da enfermeira	Abordagem individual	“em alguns casos [...] o psiquiatra, o psicólogo participam das reuniões de equipe, discutem alguns casos com outros profissionais da equipe, mas fica muito na responsabilidade só deles... nem a equipe médica, nem a equipe de enfermagem assumem o acompanhamento desse paciente no que diz respeito à saúde mental” ( <b>ações educativas em SM não são comuns nas consultas de enfermagem individuais</b> )
	Abordagem coletiva	“não fazemos. Não tem.” ( <b>ações educativas em SM não aparecem com prioridade na prática da enfermeira</b> )
	Motivos da não participação	“a gente acaba sendo engolido pela rotina, né?” ( <b>sobrecarga de trabalho</b> ); “partir daqui de dentro [seria] interessante, eu só não sei se a gente consegue fazer isso... ou da própria Secretaria de Saúde de tentar investir nisso” ( <b>necessidade de incentivar as ações educativas em SM</b> );

**Quadro 8** – Entrevista E5      **Local:** CS-B      **Duração:** 23 min 45 seg      **Data:** 10/10/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
<b>Doença mental</b>	Visões e conceitos	“algum problema de ordem psíquica” ( <b>modelo psicológico</b> ); “que cause algum problema na vida de uma pessoa, seja no trabalho, na vida pessoal” ( <b>consequências na vida diária: isolamento social</b> )
	Estigmas e preconceitos	“Como são sempre os mesmos, né, já vira figurinha carimbada” ( <b>preconceito</b> )
<b>O atendimento em saúde mental no CS</b>	Formação acadêmica e capacitações	“por um lado eu não me sinto tão segura, talvez por falta de experiência e também de formação voltada para essa área, não tive nenhuma capacitação voltada para a saúde mental [...]” ( <b>falta de capacitação</b> ); “a equipe, apesar de também não ser capacitada para tal [...], pelo menos no tempo que eu estou aqui, elas [auxiliares] atuam bem com esses pacientes” ( <b>visão positiva: baseada no conhecimento empírico, experiência</b> )
	Fragmentação da assistência	“se tem alguma queixa de ordem psíquica vem ao acolhimento, a gente tem um formulário próprio [...] que é analisado, é triado pela equipe de saúde mental, [...] eles vão ver se é para ser atendido com psiquiatra, TO, psicóloga ou se é para ser referenciado para alguma especialidade, CAPS ou alguma coisa assim” ( <b>fluxograma dos encaminhamentos</b> ); “Os casos simples [...] que precisam de acompanhamento da equipe de saúde mental, ficam sendo atendidos só por elas [equipe de SM]. Se é alguma coisa que precisa de visita domiciliar, que precise de a gente estar chamando também para conversar, chamar a família, a gente discute em reunião de equipe e é quando entra o enfermeiro para contribuir” ( <b>casos complicados envolvem questões clínicas, comorbidades e mais ações de cuidado; os simples envolvem exclusivamente as questões da doença mental</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“quando tem algum caso que precisa chamar a família, conversar, geralmente a psiquiatra ou a terapeuta ocupacional conversa com a gente. A gente chama a família, faz atendimento compartilhado” ( <b>enfermeiro: intermediário entre equipe e família</b> ); “muitas vezes eles aguentam bastantes problemas por conta do paciente ser psiquiátrico, muitas vezes, ninguém os ouve, né, coitados” ( <b>sobrecarga e desamparo familiar</b> );
	Dificuldades encontradas	“a gente faz o acolhimento numa sala maior... só que é um paciente do lado do outro, não tem privacidade” ( <b>falta de espaço físico: restrição à privacidade no atendimento</b> ); “tem alguns que faltam [ao grupo de medicações] e depois fica sem o remédio porque a receita venceu e aí a gente tem que discutir o caso internamente para o psiquiatra então fazer a prescrição” ( <b>dificuldades com a medicação: prejuízo à adesão ao tratamento</b> )
<b>Ações educativas em saúde: conceito</b>	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“ações [para] educar a população pensando na prevenção de doenças e promoção da saúde. Orientações para que ela não adoça [...] a gente pode desenvolver com vários grupos de pacientes, seja da mental, [...] de várias áreas. [...] são basicamente orientações que a gente dá ao paciente pensando no bem-estar deles” ( <b>orientações visando bem estar geral de saúde</b> )
	Valorização dos conhecimentos prévios	“Às vezes, a gente pergunta o que eles querem saber a respeito de algum assunto, ver o que eles já sabem para não ficar repetitivo” ( <b>busca de estratégias educativas que valorizem os conhecimentos prévios</b> ); “a gente vê de acordo com a necessidade que tipo de orientação vai ter que dar [...] tenta gerar um vínculo entre a gente e o paciente” ( <b>formação de vínculo favorece a participação nas ações educativas em saúde</b> )
<b>Ações educativas em saúde: participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	“a gente acaba fazendo atendimentos individuais...” ( <b>predomínio de ações educativas individuais</b> ); “eu entrego medicação uma vez por mês, agendamento com clínico, com a psiquiatra, coleta de exame, contato com a família, tudo isso eu acabo fazendo por ela. [...] então acaba sendo um atendimento... integral, acabo fazendo coisas que não... não seriam da competência do enfermeiro. [...] é uma coisa que eu até poderia delegar [...], se tivesse o RH disponível, né?” ( <b>visão maternalista: ação de “fazer por” e não “educar para”</b> )
	Abordagem coletiva	“grupos educativos voltados para a família desses pacientes a gente não tem no momento, [...] a equipe de saúde mental faz um grupo com os pacientes, mas com os familiares a gente ainda não está fazendo” ( <b>falta de apoio aos familiares</b> ); “A gente tem tentado se inserir em escolas, na comunidade, para passar essas orientações que não só a gente acha necessária, mas que os pacientes estão precisando ouvir” ( <b>abordagem coletiva das ações educativas em saúde de modo geral, não inclui a SM: ações intersetoriais instáveis</b> ); “tem o grupo de medicação da equipe de saúde mental [...]. É uma roda de conversa, participa o psiquiatra e o TO, cada [paciente] conta alguma coisa que acha legal estar desabafando e o psiquiatra, nesse momento, acaba fazendo as receitas para cada um deles e eles vão retirando a medicação. Antes de vencer a receita eles voltam, re-agendam a vaga no grupo” ( <b>grupo terapêutico X grupo educativo</b> ); “a gente divide todos esses grupos, o que a enfermeira não fica diretamente inserida é neste de medicação da saúde mental, nos outros, geralmente fica um enfermeiro responsável” ( <b>distanciamento do enfermeiro das ações educativas em SM</b> )

**Quadro 9** – Entrevista E6 **Local:** CS-B **Duração:** 28 min 47 seg **Data:** 21/10/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
<b>Doença mental</b>	Visões e conceitos	“a pessoa não consegue lidar com o cotidiano da vida dela por alguma questão... não sei se desde quando nasceu...” ( <b>visão etiológica da doença: fatores genéticos, sociais</b> ); “essas pessoas precisam de uma ajuda ainda maior, elas não conseguem se resolver sozinhas” ( <b>questiona a autonomia dos pacientes</b> )
	Estigmas e preconceitos	“um paciente que tem esquizofrenia [...] E... apesar de tudo ele não é violento...” ( <b>relação entre violência e pacientes mentalmente adoecidos: limitação no cuidado</b> ); “não é um preconceito assim, mas toda dificuldade gera um pouquinho de insegurança” “eu tenho insegurança de lidar com os pacientes que tem algum tipo de saúde mental” ( <b>nega preconceito: relaciona a dificuldade de lidar com paciente a insegurança e falta de preparo</b> )
<b>O atendimento em saúde mental no CS</b>	Formação acadêmica e capacitações em Saúde Mental	“não tenho experiência suficiente ainda para lidar com isso. Às vezes eu tenho algumas dificuldades” ( <b>despreparo profissional devido a inexperiência/ valorização do conhecimento empírico</b> ); “a insegurança não é só minha [...] vários profissionais de outras categorias [...] também não lida muito com isso, né?” ( <b>insegurança na ação profissional ou preconceito?</b> ); “para trabalhar com paciente que tem essa questão da saúde mental prejudicada... você tem que saber lidar com ele também” ( <b>dificuldades na conduta: necessidade de capacitação</b> ); “a experiência que a gente tem quando está na graduação, se reflete muito na nossa atuação, né? [...] Acho que a formação [...] também tem dificuldades, por isso que eu saí com um pouquinho de dificuldade [...]” ( <b>enraizamento do modelo de cuidado excludente</b> ); “a gente sabe trabalhar com o paciente quando ele está internado... tentar trazê-lo [...] para um social é muito difícil, a gente ainda não aprendeu a fazer isso. [...] é isso que a gente precisa, a academia precisa começar a refletir” ( <b>desafio da reinserção social na formação</b> )
	Fragmentação da assistência	“[quando] se trata de saúde mental acaba encaminhando direto para a psiquiatra [...] não sei se pela facilidade das pessoas terem o psiquiatra aqui” ( <b>encaminhamentos: consequência do despreparo ou acomodamento pela presença do profissional especializado?</b> ); “fica meio que separado mesmo, eu cuido da parte biológica, quando se trata de saúde mental, aí já encaminho direto para a psiquiatra, sem ter um aprofundamento nessa conversa” ( <b>não integralidade da assistência em SM</b> ); “a família acaba se voltando mais para a saúde mental dessa paciente, então o acompanhamento dela era todo com o psiquiatra, não tinha nenhum atendimento clínico [...]” ( <b>família fragmenta o cuidado e prioriza a doença mental</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“com o familiar, quando o paciente é muito dependente do familiar e não dá para vir o paciente sozinho, tem que vir o familiar junto... a gente pede a presença dele... então eu [...] converso mais com o familiar, dou as orientações mais para o familiar, né?” ( <b>orientações de saúde ao familiar: questiona a autonomia do paciente, excluindo-o do planejamento do seu cuidado</b> ); “apoio, principalmente, à mãe, que [...] demonstrou certo cansaço de lidar, por ele [paciente] não sair de casa, ela também não sai muito, né, ela tinha algumas atividades que ela fazia” ( <b>sobrecarga familiar: desgaste físico e auto-exclusão social</b> )
<b>Ações educativas em saúde: conceito</b>	Orientações de saúde e autonomia	“Educação em saúde seria potencializar a questão de autonomia das pessoas, de cuidar da sua própria vida, né?” ( <b>independência para o auto-cuidado</b> )
	Forma de educação permanente	“com os profissionais, com a gente, a questão vem de outra forma, no sentido mais técnico mesmo. [...] Às vezes tem bastante dificuldade assim: ‘Ah, medicação? Como é que eu lido?’, então ela [psiquiatra] faz esse trabalho com eles [equipe de saúde]... comigo, eu sempre pergunto. Então, aí a questão da educação é mais individual, [...] quando eu falo dos profissionais de saúde.” ( <b>ação educativa em saúde como uma capacitação da equipe feita pelo psiquiatra/ valorização do modelo biomédico</b> )
<b>Ações educativas em saúde: participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	“nesse ponto eu estou falha, talvez por esta questão de insegurança minha de trabalhar com eles. [...] eu não trabalho muito com esta questão da educação em saúde com os pacientes” “eu vejo mais a questão individual das pessoas” ( <b>distanciamento do enfermeiro das ações educativas em saúde mental e ênfase nas condutas individuais</b> )
	Abordagem coletiva	“não me sinto capaz de, por exemplo, atuar coletivamente, fazer um grupo, essas coisas ainda não” ( <b>falta de capacitação em ações educativas em SM com enfoque coletivo</b> ); “ela [psiquiatra] tem grupos, eu sinceramente não sei como funciona, não participei de nenhum, a gente só sabe de comentários que ela faz...” ( <b>grupo terapêutico X grupo educativo</b> )
	Motivos da não participação	“será que a gente não poderia escapar um pouquinho mais de medicalizar tudo, mas isso é uma coisa que eu não posso interferir” ( <b>excesso de medicalização X pouca prevenção</b> )

**Quadro 10** – Entrevista E7 **Local:** CS -C **Duração:** 33 min 21 seg **Data:** 27/10/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“é uma perturbação, não acontece de repente” ( <b>comportamento inesperado que gera medo, ansiedade</b> ); “os fatores pré-disponentes, genéticos, de infância, que a pessoa já vem carregando ao longo dos anos e outros fatores associados, externos, leva ao acometimento do problema mental” ( <b>visão etiológica: fatores genéticos e sociais</b> ); “hoje a saúde mental está pegando para nós” ( <b>visão epidemiológica: aumento da demanda associado ao diagnóstico</b> )
	Estigmas e preconceitos	“a gente já teve profissionais... de sofrer agressão, ameaça de agressão... a gente está correndo um risco” ( <b>associação da doença mental às ações violentas</b> )
O atendimento em SM no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“Existem casos extremos que [...] eu falo: ‘o que faço agora?’, porque você se vê despreparada” ( <b>despreparo profissional: falta de capacitação</b> ); “na questão da mental... a gente tinha que ter um preparo maior... porque mesmo na universidade a gente tem uma coisa muito rápida” ( <b>formação acadêmica insuficiente: gênese do problema</b> )
	Fragmentação da assistência	“Tem situações que [...] você começa a interrogar: ‘encaminho para onde, para quem?’, [...] e fica esse jogo até conseguir resolver a vida do paciente” ( <b>limitações da enfermeira: fluxograma de encaminhamentos</b> ); “O sonho [...] é ter um psiquiatra na unidade” ( <b>equipe: necessidade de profissionais da SM – preferência pelo médico</b> ); “precisa da rede de apoio também e [...] demanda um tempo e um estresse grande para encaminhar esse paciente para algum lugar [...]” ( <b>dificuldades na articulação das redes de apoio: prejudica a resolutividade dos casos</b> ); “a gente não tem a vivência da saúde mental, o embasamento. A gente tem uma coisa mais ampla [...] aí você trata um lado que é possível tratar, mas o outro fica deficiente” ( <b>divisão mente/corpo: modelo biomédico</b> ); “Você encaminha, por exemplo, para um generalista, mas você vai tratar a parte mais clínica dele, né, o medicamento, mas a parte da saúde mental, fica deficitária, a gente não dá conta de atender esse indivíduo num todo” ( <b>condutas individuais da equipe multiprofissional</b> ); “a enfermagem consegue atender esse paciente, mas ela vê por outro lado. Você vai tentar acalmá-lo, fazer uma anamnese, [...] fazer vínculos de referência na própria família” “na maioria a gente consegue através da conversa mesmo, do acolhimento. A gente consegue dar... um alívio para o paciente naquele momento” ( <b>resolução momentânea do problema e a articulação das redes de apoio para efetivação da Reforma Psiquiátrica</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“a gente tem uma dificuldade de lidar com um membro ou com a família inteira” “trazer essa família para cá, para o profissional demanda um estresse grande, né? Porque aí é a pergunta: o que vou fazer com ele? [...] qual profissional vai acolher?” ( <b>dificuldade em lidar com a família</b> ); “O paciente [...] demanda uma grande parte da equipe de atenção para ele, mas ao mesmo tempo você tem que repassar isso para família, mas para quem repassar?” ( <b>co-responsabilidade da família</b> ); “os familiares já não aguentam mais, já não querem mais saber” “alguns colaboram, mas [...] é difícil, pouco colaborativa, na sua maioria, porque são pacientes que desgastam bastante” ( <b>família: pouco colaborativa, sobrecarregada</b> )
	Dificuldades encontradas	“agora está vindo usuários de crack, são flutuantes, né, são pessoas... que você sabe que não vai fazer vínculo nenhum, porque não faz mesmo” ( <b>falta de vínculo fortemente associado a determinadas situações de adoecimento mental</b> )
<b>Ação educativa em saúde: conceito</b>	Orientações de saúde /autonomia do paciente	“trabalhar educação em grupo ou individual mesmo... de transmissão de informação, de orientação” “que você consiga transmitir alguma coisa que vai ajudar a diminuir um transtorno lá na frente, né? [...] a gente não consegue fazer essa parte preventiva... educar primeiro para a pessoa saber que vai ter que se cuidar” ( <b>orientações de saúde para a prevenção</b> )
<b>Ação educativa em saúde: participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	“tem a terapia individual com a psicóloga, o tratamento individual, pontual, ou terapias em grupo, no Centro de Convivência” ( <b>grupo terapêutico X grupo educativo; enfermeiro não participa</b> )
	Motivos da não participação	“a gente não trabalha mais com a questão preventiva, a gente trabalha com a doença instalada, do tratamento, na sua maioria” ( <b>prevenção em segundo plano</b> ); “Ninguém vem preventivo, quando você vê a família toda já tem transtornos instalados, [...] e aí o desequilíbrio vem numa carreira... aí é difícil você lidar” ( <b>reconhece a importância das ações educativas para a prevenção</b> ); “quem trabalha em saúde pública gostaria era [...] de trabalhar a prevenção, a educação. Não ficar só atendendo paciente doente e tentar fazer o caminho contrário... é muito mais complicado, demanda muito mais profissionais” ( <b>relação prevenção e redução de custos</b> ); “investir um pouco mais ou preparar melhor os profissionais [...], precisaria de uma retomada na questão da formação” ( <b>formação insuficiente para ações educativas e preventivas</b> );

Quadro 11 – Entrevista E8 Local: CS-B Duração: 33 min 53 seg Data: 01/11/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“Paciente que toma drogas psicoativas, que tem algum transtorno na parte intelectual, os usuários de droga” ( <b>perfil do doente mental: tipo de medicamento usado, déficit intelectual, dependência química</b> )
	Estigmas e Preconceitos	“No começo eu tinha um certo preconceito: ‘ah, paciente da mental, não quero saber’, mas [...] ele é um paciente como os outros” ( <b>no início reconhece seu preconceito, depois nega</b> )
O atendimento em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações	“precisaria de mais profissional qualificado, no caso um enfermeiro com especialização na área da mental, ou um treinamento na área da mental” ( <b>despreparo profissional/ necessidade de um enfermeiro especializado em saúde mental; necessidade de capacitação profissional</b> )
	Fragmentação da assistência	“Quando aparece alguma demanda a gente leva para elas [equipe de saúde mental], [...] na maioria das vezes fica para a especialidade mesmo” ( <b>encaminhamento ao especialista é o recurso principal, o trabalho conjunto é eventual</b> ); “a gente [...] faz uma pequena triagem e depois a saúde mental vai separando os casos e agendando. Para o psiquiatra acaba vindo logo, que acaba sendo a medicalização” ( <b>modelo biomédico: ênfase na medicalização e no psiquiatra</b> ); “a gente fica mais na parte clínica mesmo [...] como a gente tem a área da saúde mental aqui, tem a psicóloga, a terapeuta e o psiquiatra, a gente acaba não se envolvendo muito, acaba ficando um grupo mais excluído o grupo da saúde mental... poucos deles passam com a enfermagem, a gente tem pouco contato” ( <b>exclusão do paciente e da equipe de saúde mental: distanciamento da enfermeira</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“não tive muito contato com o familiar... eu não conseguiria explicar. Parece que a saúde mental fica mais a parte mesmo, ‘ah, eu tenho o especialista, deixa o especialista’...” ( <b>distanciamento da enfermeira com a presença do especialista</b> ); “precisaria de uma sensibilização maior da equipe, para enxergar que por trás daquele paciente tem uma família, muitas vezes a gente não vê...” ( <b>invisibilidade da família</b> )
	Dificuldades encontradas	“requer [...] um cuidado maior quanto à medicação, na compreensão às vezes é um pouco mais difícil” ( <b>questiona a falta de autonomia do paciente</b> ); “acho interessante conhecer um pouco mais os serviços de apoio que a gente tem dentro da área de saúde mental. A função direitinho de cada CAPS, né? Até hoje eu não sei [...]” ( <b>falta de referenciamento</b> ); “[o apoio matricial] vem muito pouco” ( <b>limitações do matriciamento</b> ); “brinquei com a psicóloga: ‘você enrolam muito para fazer as coisas’. [...] A gente tentou mudar essas reuniões, ser um pouquinho mais objetiva, essa é minha dificuldade [...] fica muito filosofando e o negócio [...] não concretiza” ( <b>falta objetividade e resolutividade nas reuniões</b> )
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“conhecer os fatores que promovem sua saúde, os fatores de risco, [...] o que eu tenho que fazer para ter a minha doença estabilizada, estimular o autocuidado mesmo” “seria tentando o auto-cuidado... que a gente não faz” ( <b>ações preventivas e promotoras em saúde mental não são realizadas</b> )
Ações educativas em saúde: participação da enfermeira	Abordagem individual	“no atendimento a gente faz educação mais individualizada de pontos específicos que você detecta onde ele está precisando de mais esclarecimentos” ( <b>consultas individuais</b> ); “eu tento mais escutar o paciente... e algumas vezes sugerir alguma atitude” ( <b>condutas individuais</b> )
	Abordagem coletiva	“a psiquiatra junto com a TO fazem um grupo de medicação... elas discutem um pouco os efeitos da medicação, o prazo [...] para fazer efeito, e as pessoas vão vendo melhoras nos outros pacientes, a retirada da medicação, isso para mim seria um processo de educação na área da saúde mental” ( <b>modelo biomédico centrado/ grupo educativo X grupo terapêutico/ enfermeira não participa</b> ); “A gente faz muito pouco. Acho que deveria ter uma vontade pessoal maior do enfermeiro, da equipe, de trabalhar com a saúde mental, porque a gente vê que não tem” ( <b>falta de vontade pessoal em trabalhar com a SM ou preconceito?</b> ); “Nenhuma de nós enfermeiras [participa dessas ações]. Fomos convidadas, mas a gente ainda não conseguiu... ter um espaço ou priorizar essa área para ir.” ( <b>enfermeira não participa/ a saúde mental não é prioridade</b> )
	Motivos da não participação	“a gente tem uma demanda muito grande, demanda de PA batendo na porta, com queixa aguda... a gente acaba deixando essa parte educativa sem fazer” ( <b>a prioridade é atender a demanda espontânea</b> ); “As dificuldades são mais tempo, espaço e um pouco mais de vontade... também [...] da instituição, de deixar a gente fazer mais grupo, apoiar essa ideia [...] da educação em grupo” ( <b>falta de tempo, vontade e incentivo da política de saúde pública</b> )

Quadro 12 – Entrevista E9 Local: CS-C Duração: 20 min 02 seg Data: 03/11/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“quando a pessoa deixa de ter a saúde mental é sinal de que ela pode estar com algum transtorno ou doença, [...] quando ela deixa de ser saudável mentalmente” ( <b>perda da saúde</b> ); “A demanda de saúde mental é muito grande [...] aqui tem muito caso de álcool e droga, muito mesmo, fora do normal” ( <b>visão epidemiológica com ênfase na dependência química</b> )
	Estigmas e preconceitos	“não me sinto muito à vontade com o tipo de paciente [...] não sinto muita segurança. [...] além de eu não gostar muito da área, eu não sinto tanta tranquilidade em garantir um bom atendimento [...] falta mais preparo para atender bem e dar um cuidado, assim, ideal” ( <b>dificuldades subjetivas – preconceito? – para explicar o despreparo profissional</b> )
O atendimento em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“já atendi [...] casos de drogadição que a pessoa queria ajuda, quando é assim acho tranquilo, [...] tenho dificuldade quando a pessoa não está a fim de melhorar, [...] aí eu sinceramente não sou a pessoa que primeiro vai dar assistência” ( <b>despreparo como limitação para as ações profissionais</b> ); “a gente tenta dar o suporte, mas falta um pouco de preparo” “tem gente que é mais preparado e outros não” ( <b>preparo relacionado ao perfil profissional</b> ); “Toda atenção básica deveria ter um preparo maior, uma capacitação, um matriciamento... a saúde mental estar mais junto com a gente, dar um suporte maior, para a gente dar um atendimento qualificado” ( <b>necessidade de capacitações</b> )
	Fragmentação da assistência	“Aqui tem alguns funcionários que têm mais jeito para a coisa” “como tem pessoas que eu vejo que tem mais <i>feeling</i> para a coisa, eu acabo meio que passando para essas pessoas que gostam mais” ( <b>afinidade pessoal e profissional determinam o encaminhamento</b> ); “a gente acaba mais encaminhando alguns casos. [...] a gente consegue trabalhar com o enfermeiro, o médico para discutir o processo terapêutico, [...] a gente tem essa prática [...] se tem necessidade. Ou chama e já encaminha” ( <b>encaminhamento - prática mais comum; trabalho conjunto - mais eventual</b> );
	Ações e visões relacionadas à família	“a gente tenta chamar [o familiar] junto para conversar, ver o que o paciente está precisando, [...] dar um suporte. A gente [fica] disponível para qualquer dúvida, de precisar conversar, se o paciente tiver algum problema [...] mas a gente não tem, por exemplo, um grupo familiar. [...] A gente dá um suporte, [deixa] à livre demanda deles. Não tem um trabalho que a gente vai atrás deles. A gente vai atrás quando tem necessidade, quando a gente precisa para o tratamento do paciente” ( <b>familiar desamparado: o paciente é o foco</b> ); “de um modo geral, [...] a família não está muito presente” “Tem uns casos bem complicados que a gente precisa da família, que o paciente não sabe tomar o remédio direito e precisa de alguém para supervisionar” ( <b>papel fiscalizador da família: papel custodial</b> )
	Dificuldades encontradas	“[pacientes] estão preocupados com o remédio, a medicalização” ( <b>modelo biomédico: paciente supervaloriza a medicação</b> ); “aqui é muita receita de uso controlado [...] e o paciente às vezes não tem um acompanhamento médico correto, só quer renovação de receita.” ( <b>excesso de medicalização</b> )
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“orientar o paciente, orientar o familiar, fazer uma orientação de como promover o autocuidado, promover a autonomia... orientações mais pontuais e individuais. [...] fazendo orientações para os familiares para promover a autonomia, o autocuidado do paciente” ( <b>orientações visando à autonomia no cuidado</b> ); “enquanto enfermeira a gente tem que dar essa autonomia para ele saber cuidar da sua saúde, saber quando precisa da ajuda do CS, e poder fazer a própria prevenção junto com a gente” ( <b>autonomia visando a prevenção</b> )
Ações educativas em saúde: participação da enfermeira	Abordagem individual	“quando tem algum caso pontual, que eu sei que já tem um atendimento no CAPS ou com a psiquiatra, eu geralmente ligo para discutir o caso para eu poder tomar uma conduta mais correta. [...] eu sinto necessidade de fazer essa conversa” ( <b>dificuldades no atendimento: busca as redes de apoio em SM</b> )
	Abordagem coletiva	“[No Centro de Convivência] tem alguns [grupos], se não me engano para a saúde mental mesmo” “A gente acaba encaminhando, por mais que a gente não esteja lá, a gente sabe os grupos que têm” ( <b>grupo terapêutico X grupo educativo: enfermeira não participa</b> ); “Não [participo]... até em alguns grupos eu queria participar, porque a gente não pode achar que é fracionado o Centro de Convivência da unidade” ( <b>reconhece a importância da intersectorialidade, mas mantém o afastamento</b> )
	Motivos da não participação	“a gente trabalha muito as ações educativas com outros grupos, infelizmente a gente tem menos com a saúde mental” “a gente acaba meio que atendendo só a demanda que vai chegando, a demanda mais grave” ( <b>a prioridade é a demanda espontânea que advém do modelo biológico</b> ); “a demanda aqui é tão grande que eu nunca consegui participar de um grupo [...], a gente acaba sendo... meio sufocado e não tem a oportunidade. [...] o ideal era a gente arrumar um horário, fugir da demanda para poder participar” ( <b>alta demanda de atendimentos leva a falta de tempo</b> )

Quadro 13 – Entrevista E10 Local: CS-C Duração: 29 min 41 seg Data: 03/11/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
<b>Doença mental</b>	Visões e conceitos	“Transtornos... acho que existem dois tipos [...]. Então, tem o físico e o neurológico, né, e tem aquele que é mais para o lado emocional mesmo, por conta de estresse” ( <b>modelo neuropsicológico</b> );
<b>O atendimento em saúde mental no CS</b>	Formação acadêmica e capacitações em Saúde Mental	“na área de saúde mental eu não tenho muita... experiência. [...] eu tenho um pouco de dificuldade em alguns casos” ( <b>despreparo profissional: prejudica o atendimento</b> ); “a saúde mental está batendo a nossa porta e a gente não tem muita capacitação” ( <b>necessidade de capacitação na área</b> ); “envolver os enfermeiros, talvez com capacitação, talvez com conscientização. Fazer... treinamentos lá no CAPS” “[...] acho que tinha que ter mais oferta para envolver esse profissional na saúde mental” ( <b>necessidade de aproximar a equipe de saúde do CS das redes de apoio em SM</b> )
	Fragmentação da assistência	“Aqui na unidade tem psicóloga, então quando tem algum caso assim a gente discute com ela ou encaminha para ela. Mas se for um caso mais grave a gente tem a ligação com o CAPS e a psiquiatra que fica no [CS de referência]” ( <b>encaminhamentos internos e externos: utiliza a rede de apoio em saúde mental, mas há pouca participação da enfermeira</b> ); “teve um paciente que [...] precisava fazer uma cirurgia, então ficou aquele jogo de empurra no paciente... O CAPS mandava para cá e o clínico mandava para lá [...]” ( <b>responsabilidade indefinida entre diferentes serviços</b> ); “quando o profissional quer ele faz a ligação com o serviço” “o enfermeiro [...] é um profissional que pode fazer a ponte com muitos outros profissionais” ( <b>enfermeiro como articulador do cuidado</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“tem aquele [familiar] que vem, pega na mão, traz o paciente e cuida. Tem aqueles que estão por aí, sem assistência nenhuma da família” “tem muitos que a gente tem que pedir para a família controlar a medicação. E tem aqueles que você não consegue fazer essa ligação com a família por todo um contexto social, familiar” ( <b>família: fiscalizadora no cuidado</b> )
<b>Ações educativas em saúde: conceito</b>	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“a rede básica tem muito esse papel de fazer a educação, de fazer a prevenção dos pacientes. Tudo isso que a gente tem aqui para ofertar, os grupos educativos, é educação em saúde. O Centro de Convivência [...] tem os grupos, tem as orientações. A própria consulta tem que ser educativa também, você tem que fazer a orientação, saber o que o paciente precisa. [...] em tudo você pode fazer educação, desde o momento em que você está atendendo até uma reunião em grupo” ( <b>orientações com objetivo preventivo</b> )
<b>Ações educativas em saúde: participação da enfermeira</b>	Abordagem individual	“A minha atuação é mais na consulta, assim, individual. Eu não tenho participado de grupos da saúde mental [...] a minha participação é mais quando eu atendo no HiperDia e que o paciente também tem um problema mental” ( <b>ações educativas pontuais e individuais</b> ); “eu dou muito ouvidos, né? Eu gosto de dar esse espaço para o paciente [...] por isso que muitas vezes eu acho que alguns tiveram esse vínculo, porque a gente ouve, dá atenção, a gente procura oferecer a rede de ajuda” ( <b>Escuta ativa: ação individual</b> )
	Abordagem coletiva	“por mais que a gente [enfermeira] não esteja à frente desses tipos de grupos, a gente oferece esse trabalho, né? Então a gente orienta ‘olha, tem grupo, porque você não participa?’.” ( <b>não há participação da enfermeira na área de SM, fica restrito a outros profissionais</b> ); “o grupo não é só um auxiliador do tratamento, um grupo é o tratamento também. A participação em grupos dá a cura ao paciente, [...] tem uma eficácia importante. Então eu encaminho, falo: ‘vamos participar dos grupos, vai te ajudar, vai trocar experiências com outras pessoas’. Então muitos pacientes que entram aqui e desabam a chorar, contando da sua vida... a gente procura fazer essa oferta” ( <b>grupo terapêutico X grupo educativo</b> ); “Se a gente for pensar nos enfermeiros que a gente tem... não tem uma ação mais ligada à Saúde Mental, seria mais individual mesmo [...]. E se for falar em grupos mesmo, as enfermeiras estão voltadas mais a outras áreas” ( <b>enfermeira não participa de ações educativas em SM</b> )
	Motivos da não participação	“muitas vezes eu não estou ligada, talvez por [...] priorizar outras áreas que tem mais atuação do enfermeiro... não que a saúde mental não tenha, mas se tem o psicólogo ou outros profissionais que estão tomando à frente, então a gente está priorizando outras coisas” ( <b>ações educativas em SM não é prioridade da política de saúde pública e, consequentemente, nem dos enfermeiros</b> ); “a gente corre muito no dia a dia atendendo urgências de todo o tipo e, às vezes, na correria, você não investe tanto na prevenção [...]. Por isso que eu dou importância para grupo, para esse atendimento de rotina que a gente faz [...]. Esses que a gente consegue atender com programação, estão melhor acompanhados, estão mais controlados. Mas com esta questão de aumento da demanda, muita urgência chegando... o tempo reduz para você fazer a prevenção” ( <b>alta demanda, pouco tempo disponível para ações preventivas</b> )

Quadro 14 – Entrevista E11 Local: CS-D Duração: 22 min 12 seg Data: 04/11/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“aquela pessoa que está tendo algum tipo de sofrimento mental muito grande [...]” (modelo psicológico); “um problema familiar que já gera uma angústia mental” (visão etiológica: questões familiares); “Do mesmo jeito que a gente pega um resfriado, é a mesma coisa com a doença mental, você pode ser um doente crônico ou ter períodos em que você tem situações que geram certo desequilíbrio” (causalidade: doença mental como resultado de um desequilíbrio); “atrapalha as suas funções, as suas atividades de rotina” (comprometimento das atividades de vida diária)
	Estigmas e preconceitos	“A gente já sabe muitos dos pacientes que são de saúde mental, então se a gente vê que eles estão aí, já pede ‘olha, você pode ver? Ele está aí.’” (preconceito: encaminha e evita o atendimento)
O atendimento em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“eu não tinha afinidade na faculdade, não gostava mesmo, e eu me formei” (disciplina de SM como algo dispensável para o currículo de enfermagem); “a formação em saúde mental, dentro da faculdade, é um pouco deficiente. Você sai meio despreparado para lidar com as situações de saúde mental. [...] numa situação, por exemplo, de um Centro de Saúde é difícil” (formação profissional em SM insuficiente); “Você vai à faculdade, vê o CAPS, tudo bem, mas aí você vem trabalhar e vê que não é assim fácil mandar um paciente para o CAPS, para um leito-dia, né?” (inadequação do modelo pedagógico)
	Fragmentação da assistência	“é uma área que eu não tenho afinidade, a saúde mental, então me incomoda... se eu puder que outra pessoa atenda, eu prefiro [...]” “vejo alguém para atender, alguém da mental [...] não tenho muita paciência para ouvir esses pacientes” (distanciamento do enfermeiro); “não atendo muitos pacientes de saúde mental. [...] a gente sempre procura ter uma pessoa da equipe de saúde mental em todos os períodos” (profissional evita o atendimento/ equipe de SM: válvula de escape); “não dá para a gente dispor de um tempo para atender esses pacientes de saúde mental, a gente fica meio atropelado de trabalho, então às vezes a gente acaba encaminhando mesmo” (relação tempo/excesso de trabalho como determinantes para os encaminhamentos)
	Ações e visões relacionadas à família	“esses pacientes são muito sozinhos... Eu não vejo a família junto com eles... A família não tem muita paciência, [...] às vezes, a família quer um lugar para internar esse paciente porque não consegue ficar com ele em casa. [...] a família [...] não dá muito suporte” (isolamento do paciente: família não compartilha o cuidado); “a gente procura sempre chamar a família, conversar [...] e tentar responsabilizar um pouco a família por este paciente também, né? [...] a gente tenta fazer esse vínculo, trazer a família para explicar a situação que existe em relação à saúde mental” (a família não é foco do cuidado)
	Dificuldades encontradas	“é diferente de [dizer]: ‘você precisa fazer as coisas assim’ e a pessoa entender. Você tem que usar outra estratégia” (questiona a capacidade cognitiva dos pacientes em SM); “essa fase é muito ruim, a gente só está com duas psicólogas, uma TO e uma população enorme. [...] tem clínico, mas não tem o psiquiatra [...], então a gente fica meio sem saber o que fazer” (modelo biomédico: valorização da figura do médico e da medicalização); “a cidade não tem uma rede de saúde mental muito estruturada, com profissionais, com redes de apoio que você possa contar” (falta de estrutura na rede de SM)
Ações educativas em saúde	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“a ação educativa está muito relacionada em estimular o paciente a ser menos dependente do serviço. [...] de ele saber tomar os remédios [...], saber quando tem que vir no CS, quando tem que ir direto para o pronto socorro. [...] é torná-los mais responsáveis pelo cuidado deles mesmos” (ação educativa para diminuir a dependência dos pacientes em relação aos profissionais)
Ações educativas em saúde: participação da enfermeira	Abordagem individual	“Nunca precisei fazer nenhuma ação direta com paciente que tenha uma doença mental, assim, ação educativa, [...] diretamente com o paciente é muito pouco” (ação educativa em saúde mental com o paciente não é comum); “A gente tem as ações com a família, de chamar a família, explicar a situação, as medicações, tudo” “a gente tenta na medida do possível orientar a pessoa melhor estruturada da casa, que tem melhores condições de cuidar, de dar a medicação correta” (a família não é foco do cuidado: orientações ao familiar sobre o paciente)
	Abordagem coletiva	“começaram um grupo [...] com os pacientes que usam medicação, que é para ensinar... eu nunca participei” (sem participação da enfermeira; ênfase na medicação e não a prevenção); “tem a terapia comunitária que é aberta, que eles trabalham... eu nunca participei...” (grupo terapêutico X grupo educativo)
	Motivos da não participação	“como a gente tem diversas outras funções, a gente acaba ficando mais nas outras funções e a equipe de saúde mental é que faz mais essa parte mesmo [de ação educativa em saúde]” (não prioriza ações educativas em SM; distanciamento da enfermeira)

Quadro 15 – Entrevista E12 Local: CS-D Duração: 25 min 11 seg Data: 17/11/2011

Pré-categoria	Temas encontrados	Recortes temáticos: <b>ancoragem X objetivação</b>
Doença mental	Visões e conceitos	“um estado patológico que [...] pode ser hereditário ou influenciado por fatores sócio, ambientais, culturais e que necessitam de algum cuidado específico” ( <b>visão patológica e etiológica</b> )
	Estigmas e preconceitos	“a equipe [...] conhece a população, conhece essas pessoas que têm doenças mentais” ( <b>preconceito no Centro de Saúde</b> ); “na faculdade a gente estuda um pouquinho de saúde mental, querendo ou não a gente tem...” ( <b>preconceito durante a formação profissional</b> )
O atendimento em saúde mental no CS	Formação acadêmica e capacitações em SM	“sinto necessidade de me aprofundar um pouco mais na saúde mental, principalmente aqui no Centro de Saúde que a gente tem uma demanda muito grande... falta mesmo ter um preparo para trabalhar com esta população” “eu me sinto despreparada muitas vezes para atender essas pessoas” ( <b>despreparo profissional: dificuldades com a SM no contexto do CS</b> ); “na faculdade a gente estuda um pouquinho [...] não digo que a gente sai preparada, mas pelo menos a gente tem essa abordagem da saúde mental” ( <b>formação em SM insuficiente</b> )
	Fragmentação da assistência	“temos duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional [...] muitos pacientes são atendidos por essa equipe, é muito voltado para eles. [...] eles são encaminhados diretamente para essa equipe” “a gente faz o acolhimento, tenta identificar a demanda, [...] conversa com o paciente. É o que a gente pode fazer de melhor no momento. E conforme for possível a gente encaminha para a psicóloga, faz uma discussão em equipe” ( <b>fluxograma de encaminhamentos: profissionais dependentes da equipe de SM</b> ); “imagina a gente sem psiquiatra e esses pacientes que precisam da medicação para não descompensarem. [...] os pacientes chegam com esta demanda da medicação com a receita vencida [...]. Os casos mais graves a gente encaminha para esta avaliação com o psiquiatra, [...] os demais a gente conversa com os clínicos que assumiram essa responsabilidade de fazer a prescrição” ( <b>modelo biomédico: ênfase na medicação</b> ); “nós da enfermagem não participamos muito, a gente faz o acolhimento, tudo, discute os casos em equipe, mas a gente não participa tão diretamente assim da assistência” “eu tenho um pouco de dificuldade em trabalhar [...] por conta de ter essa equipe, às vezes, a gente acaba se afastando um pouquinho do atendimento desses pacientes” ( <b>acomodação: presença da equipe de SM inibe a atuação dos demais membros da equipe</b> )
	Ações e visões relacionadas à família	“a família demanda bastante da unidade” “a equipe de referência conhece a família toda, conhece os problemas, a situação, isso enriquece muito as discussões na equipe” “tem muita coisa que às vezes acaba não dependendo da gente.” ( <b>limitações nas ações com a família</b> )
Ações educativas em saúde: conceito	Orientações de saúde e autonomia do paciente	“uma intervenção que possibilita uma melhora ou pelo menos uma reflexão para a pessoa em relação a sua vida, ao seu estado de saúde” ( <b>orientações de saúde para melhorar a saúde</b> ); “a gente sempre trabalha [...] visando uma autonomia em relação à saúde” “tenta trabalhar essa questão da educação em saúde de forma geral, de autonomia em relação a sua saúde, ao trabalho, às necessidades que ele vem buscar aqui” ( <b>recurso para obter autonomia</b> )
Ações educativas em saúde: participação da enfermeira	Abordagem individual	“como enfermeira não faço nenhuma consulta para a saúde mental, não tenho agenda, nada [...], a gente atende mais no acolhimento” “aquilo que é possível fazer, uma orientação, a gente faz, [...] conversa com o paciente. É o que a gente pode fazer de melhor no momento” ( <b>ações pontuais e individuais</b> )
	Abordagem coletiva	“tem um grupo aqui de... vivências comunitárias mais voltado para esses pacientes, mas esse grupo é realizado pela TO. Eu não cheguei a acompanhar o grupo. [...] o pessoal começou um projeto também da Gestão da Auto-Medicação, voltado para esses pacientes que fazem uso de muitos remédios para a saúde mental” ( <b>ações educativas em saúde mental sem a participação da enfermeira</b> )
	Motivos da não participação	“é pouco realizado... pelo menos da minha parte, justamente por ter esse suporte da equipe de saúde mental, então a gente acaba deixando um pouquinho de lado. [...] isso é bom por um lado, mas é ruim por outro, porque a gente se afasta” ( <b>distanciamento pela presença dos profissionais da SM</b> ); “na verdade, acho que é uma falta mesmo do nosso olhar para esse paciente de saúde mental [...]. A gente se volta muito para os crônicos, para o acolhimento” ( <b>SM não é prioridade, nem nas ações educativas; falta de envolvimento pessoal; necessidade de cumprir outras demandas</b> ); “A gente é muito massacrado pela quantidade de pessoas que passam por aqui. [...] a gente tem dificuldade de trabalhar essa parte de educação em saúde” ( <b>alta demanda de pacientes</b> ); “eu não consigo muitas vezes atender por conta de falta de horário. [...] Praticamente metade da minha carga horária é voltada para atendimento de demanda não programada. [...] a gente não consegue dar conta de participar de todas essas atividades, né?” ( <b>Modelo de trabalho: marxismo/ capitalismo</b> )

## **APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa**

Título do projeto: “Educação em saúde para portadores de transtorno mental e para seus familiares na atenção básica: perspectiva do enfermeiro”

Pesquisadora: Fernanda Ribeiro Sobral, RG: 33.291.712-5, enfermeira, COREN – SP - 14.831, aluna regular de Mestrado, do curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

1. O objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar as percepções dos enfermeiros sobre a utilização de atividades de educação em saúde para os portadores de transtornos mentais e para seus familiares, no contexto dos Centros de Saúde; analisar as percepções dos enfermeiros sobre sua participação como educador em saúde frente à demanda de usuários com transtornos mentais atendidos nos Centros de Saúde

2. O estudo justifica-se porque os Centros de Saúde são uma parte integrante da rede extra-hospitalar em saúde mental e a principal porta de entrada para a assistência primária. Além disso, são ambientes pedagógicos potencializadores das práticas educativas em saúde. Espera-se que a análise das percepções dos enfermeiros contribua para o avanço do conhecimento em relação à educação em saúde na área de saúde mental, servindo de subsídio para o desenvolvimento de novas estratégias e recursos pedagógicos.

3. Será realizada uma entrevista individual, dividida em duas fases, a primeira contém formulário de caracterização do participante, e a segunda contém as perguntas semiestruturadas. As respostas serão gravadas, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e as gravações de voz não serão divulgadas a outros profissionais. Após a conclusão desse estudo, os arquivos das entrevistas serão apagados, mas a transcrição das entrevistas e as citações anônimas estarão disponíveis para todos quando estiver concluído o

estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

4. A participação nesta pesquisa deverá ser voluntária e será concedida ao participante uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. Neste estudo não há riscos previsíveis e o resultado da pesquisa poderá não trazer benefício direto ou imediato para o participante. Este também não terá despesas pessoais, nem compensação financeira durante a pesquisa.

6. Em qualquer etapa do estudo, o participante poderá receber esclarecimentos de eventuais dúvidas com a pesquisadora /enfermeira Fernanda Ribeiro Sobral, que pode ser encontrada através do telefone (19)9315-8593 ou (19)3242-4952, e do e-mail: fesobral@fcm.unicamp.br ou nansobral@yahoo.com.br. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), localizado na rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP. Telefone (019) 3521-8936. Fax (019) 3521-7187 ou através do e-mail: cep@fcm.unicamp.br

7. É garantido que em qualquer momento o participante poderá retirar o consentimento para a participação no estudo, sem risco de qualquer penalização.

8. Será mantido o sigilo e o caráter confidencial da identificação do participante.

Esta Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido é para certificar que eu, \_\_\_\_\_

portador(a) do RG \_\_\_\_\_, concordo em participar como voluntário do projeto científico sob o título: “Educação em saúde para portadores de transtorno mental e para seus familiares na atenção básica: perspectiva do enfermeiro”. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do documento que li. Estou ciente dos propósitos do estudo, dos

procedimentos que serão realizados, da garantia de anonimato e de esclarecimento permanente de minhas dúvidas sobre o estudo. Dou permissão para ser entrevistado, para que as entrevistas sejam gravadas e para a divulgação das informações concedidas, mas sem que meu nome apareça associado à pesquisa. Também estou ciente de que a minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízos.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante .

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo estudo

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.