



EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPINAS
2014**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELO ALUNO EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS E
ORIENTADO PELO PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS**

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Juliana Ravaschio Franco de Camargo - CRB 8/6631

D74r Dos-Santos, Edirlei Machado, 1979-
Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica : percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família / Edirlei Machado dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Claudinei José Gomes Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Serviços de saúde mental. 2. Programa saúde da família. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Estudos de casos. 5. Enfermagem de atenção primária. I. Campos, Claudinei José Gomes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Social representations about mental health care in primary care : perceptions by nurses in the family health strategy

Palavras-chave em inglês:

Mental health services
Family health program
Qualitative research
Case studies
Primary care nursing

Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutor em Enfermagem

Banca examinadora:

Claudinei José Gomes Campos [Orientador]
Toyoko Saeki

Roselma Lucchese

Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Data de defesa: 28-01-2014

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

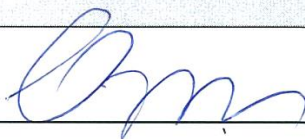
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

EDIRLEI MACHADO DOS SANTOS

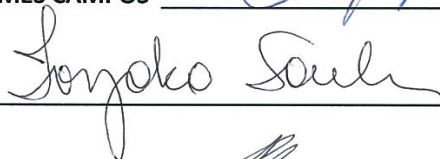
Orientador (a) PROF(A). DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

MEMBROS:

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



2. PROF(A). DR(A). TOYOKO SAEKI



3. PROF(A). DR(A). ROSELMA LUCCHESI



4. PROF(A).DR(A). ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO



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



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

Data: 28 de janeiro de 2014

RESUMO

Os serviços de saúde da atenção básica, em particular, a Estratégia Saúde da Família deve ser entendida como um importante dispositivo para a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade, além de ser tomada como a porta de entrada da rede de atenção em saúde de um modo geral e de atenção à saúde mental. Esta pesquisa objetivou estudar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivos específicos: investigar os significados que as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família atribuem ao cuidado em saúde mental; identificar as possibilidades e os instrumentos utilizados pelas enfermeiras em seu processo de trabalho para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental e; analisar as limitações para a produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória em que foi empregado o referencial teórico das representações sociais e o método do estudo de caso, sendo utilizada a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Participaram do estudo 19 enfermeiras que atuam em unidades de saúde da família da zona urbana do município de Vitória da Conquista, Bahia. Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática a partir da qual foram depreendidas três categorias temáticas: o trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família; o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: percepções das enfermeiras e; a rede de atenção em saúde mental. A partir destas foi possível identificar e analisar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção das enfermeiras. As representações das enfermeiras se formaram a partir de elementos que dão significado a sua prática profissional. Neste cenário, o cuidado em saúde mental tem adquirido certa invisibilidade pela dificuldade destas em lidar com aspectos subjetivos que ganha visibilidade a partir de um serviço que se estrutura pautado numa lógica de produção dos serviços. Embora as enfermeiras percebam a incipiência acerca da produção do cuidado em saúde mental em seus processos de trabalho e as limitações que

contribuem para esta realidade, conseguiram cristalizar elementos em suas falas que representam as possibilidades/instrumentos para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, como: o acolhimento, o vínculo e a escuta. Isto evidencia um ponto de partida para (re)construir práticas na direção da integralidade do cuidado, entendendo a produção do cuidado em saúde mental como inerente a este processo.

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

Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Programa saúde da família, Pesquisa qualitativa, Estudos de casos, Enfermagem de atenção primária.

ABSTRACT

Primary Health Care services, Family Health Strategy in particular, should be seen as an important device for the production of mental health care from the perspective of integrality, besides being taken as the gateway for the health care network in general and mental health care as well. This research aimed to study the social representations of mental health care in the perception of nurses working in the Family Health Strategy, with the following specific objectives: to investigate the meanings which nurses working in the Family Health Strategy attribute to mental health care; to identify the possibilities and the instruments used by nurses in their work process for the development of mental health care; and to analyze the limitations for the production of mental health care in the Family Health Strategy. This is a research with qualitative approach of the descriptive and exploratory kind, in which the theoretical framework of social representations and the method of case study were used, as well as the semi-structured interview as a technique for data collection. Taking part in the study were 19 nurses who work in family health units in the urban area of the municipality of Vitória da Conquista, Bahia. Data were analyzed by means of the content analysis technique in the thematic modality from which three thematic categories were inferred: the work performed by nurses in the Family Health Strategy; the mental health care in the Family Health Strategy: perceptions of nurses and the mental health care network. From these it was possible to identify and analyze the social representations on mental health care in the perception of nurses. Nurses' representations were formed on the basis of elements which give meaning to their professional practice. In this scenario the mental health care has acquired certain invisibility because of nurses' difficulty in dealing with subjective aspects which become visible from a service which is structured on the logic of service production. Although nurses notice the incipency about the production of mental health care in their work processes as well as the limitations that contribute to such reality, they have succeeded in crystallizing elements in their speech which represent the possibilities/instruments for the development of mental health care, such as welcoming, bond

and listening. That points out a starting point for (re)building practices towards care integrality, understanding the production of mental health care as inherent in this process.

Research Interest: Care Process in Health and Nursing.

Key-words: Mental health services, Family health program, Qualitative research, Case studies, Primary care nursing.

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	xi
1. APRESENTAÇÃO.....	41
2. INTRODUÇÃO.....	47
3. CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	57
3.1. Atenção Básica e Saúde Mental: articulação possível e necessária.....	59
3.2. Reforma Psiquiátrica e saúde mental na atenção básica: aspectos históricos e conceituais.....	64
3.3. O problema de pesquisa.....	71
4. JUSTIFICATIVA.....	75
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	79
5.1. Teoria das Representações Sociais.....	83
5.1.1. Formação das Representações Sociais.....	86
6. PRESSUPOSTOS.....	91
7. OBJETIVOS.....	95
7.1. Objetivo Geral.....	97
7.2. Objetivos Específicos.....	97
8. PERCURSO METODOLÓGICO.....	99
8.1. Delineamento da Pesquisa.....	101
8.2. O Trabalho de Campo.....	104
8.2.1. Cenário da Pesquisa.....	105
8.2.2. O caso.....	108
8.3. Composição Amostral e Coleta de Dados.....	117

8.3.1. Amostra da Pesquisa.....	118
8.3.1.1. Critérios de Inclusão.....	120
8.3.2. Coleta de Dados	120
8.3.2.1. Sobre as Entrevistas.....	122
8.4. Análise do Dados.....	124
8.4.1. Sobre a Apresentação dos Recortes Temáticos.....	129
8.5. Aspectos Éticos e Legais.....	130
9. RESULTADOS.....	133
10. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	141
10.1. Categoria Temática 1 – O trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família.....	143
10.1.1. Organização do trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família.....	145
10.1.2. Ações desenvolvidas pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família.....	152
10.2. Categoria Temática 2 – O cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: percepções das enfermeiras.....	161
10.2.1. Significados sobre o cuidado em saúde mental.....	163
10.2.2. Possibilidades e instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental.....	180
10.2.3. Limitações para a efetivação do cuidado em saúde mental.....	192
10.3. Categoria Temática 3 – A rede de atenção em saúde mental.....	204
10.3.1. (Des)conhecimento da rede de atenção em saúde mental.....	205
11. CONCLUSÕES.....	213
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
13. REFERÊNCIAS.....	225
14. APÊNDICES.....	249

14.1. Instrumento de Coleta de Coleta de Dados.....	251
14.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	252
14.3. Quadros com Análise das Entrevistas.....	254
15. ANEXOS.....	275
15.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	277

Todavía prossigamos!
Seja de que maneira for!
Saiamos a campo para a luta, lutemos, então!
Não vimos já como a crença removeu montanhas?
Não basta então termos descoberto que alguma coisa está sendo ocultada?
Essa cortina que nos oculta isto e aquilo, é preciso arrancá-la!

(Bertold Brecht)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Hélio e Geni, base da minha vida, por compartilharem mais uma vez das minhas inseguranças, angústias e medos ao longo de minha trajetória no curso de doutorado sempre me mostrando que a concretização de um objetivo só se concretiza com esforço, comprometimento e renúncias. Amo vocês.

HOMENAGEM ESPECIAL

Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, orientador desta tese que me recebeu num momento distinto durante minha trajetória no curso de doutorado. Com muita serenidade e respeito a minha pessoa aceitou o desafio de me orientar. Agradeço imensuravelmente por sua postura de compreensão, comprometimento e, sobretudo, por acreditar nas minhas potencialidades. Você agregou à minha vida mais do que conhecimento científico, mostrou-me um exemplo a ser seguido. Muito obrigado por compreender minhas limitações e, especialmente, pelas exigências durante esta trajetória, pautadas numa relação humanizada, de consideração e respeito, isto foi essencial para o meu estímulo e construção cotidiana.

MEUS AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Às enfermeiras participantes desta pesquisa. As suas falas foram essenciais para que as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental fossem desveladas. Suas representações certamente contribuirão para que distintos aspectos que se relacionam a produção do cuidado em saúde mental sejam (re)considerados no sentido de (re)construir novas formas de se produzir saúde.

À Prof.^a Dra Maria Filomena Ceolim, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, gestão 2011-2013, pela postura compreensiva, ética e respeitosa.

À Prof.^a Dra Antonieta Keiko Kakuda Shimo da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas pela disponibilidade de sempre e pelas valiosas contribuições desde o exame de qualificação. Suas observações contribuíram para o amadurecimento do trabalho.

À Prof.^a Dra Márcia Niituma Ogata do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos por aceitar compor a banca examinadora no exame de qualificação e pelas considerações e contribuições ainda na fase de projeto de pesquisa.

À Prof.^a Dra Toyoko Saeki da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto pela atenção e disponibilidade em compor a banca examinadora e por suas considerações acerca da pesquisa durante a pré-banca.

À Prof.^a Dra Roselma Lucchese da Universidade Federal de Goiás, ex-professora durante o curso de graduação em enfermagem. Muito Grato por aceitar prontamente o convite em compor a banca examinadora, por suas valiosas contribuições na pré-banca e por participar mais uma vez do meu processo de formação.

À Prof.^a Dra Maria Helena Baena Lopes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas pela disponibilidade e aceite em participar da comissão examinadora deste trabalho e por sua análise precisa e detalhada. Suas observações contribuíram para o amadurecimento do trabalho.

Aos Professores: Dr. Luiz Jorge Pedrão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Dr. José Martins Pinto Neto da Fundação Educacional de Fernandópolis; Dra Neusa Maria Costa Alexandre e Dra Vanessa Pellegrino Toledo Mayer da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas por aceitarem compor a banca examinadora como suplentes. Muito obrigado.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas por ter me acolhido durante a minha trajetória na Pós-Graduação *Stricto sensu*.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde, os quais contribuíram com dicas e sugestões valiosas durante o processo de construção deste trabalho.

Aos docentes enfermeiros que compartilham comigo os desafios e o trabalho cotidiano de formar novos profissionais enfermeiros e acima de tudo cidadãos comprometidos com a sociedade, no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia: Helca, Patrícia, Ana Paula Oliveira, Daniela Arruda, José Louzado, Ana Paula Steffens, Luís Rogério, Cláudia, Emanuelle e Elvira. Muito obrigado pelo incentivo e apoio.

À Prof^a Dra Edilene Eunice Cavalcante Maioli da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, lotada no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia pela amizade sincera e por sua disponibilidade em dialogar comigo sobre representações sociais. Suas observações foram valiosas para a finalização deste estudo.

À minha irmã, Gislaine Machado dos Santos por se dispor a me escutar e me apoiar nos momentos de angústia e desespero. Saiba que você pode sempre contar comigo.

À minha querida sobrinha Kaylaine Caroline Machado dos Santos Bonfadini, por fazer parte da minha vida e por me alegrar nos momentos de tristeza.

Ao Claudomiro Mestre Cadamuro pelo apoio, incentivo e “puxões de orelha” nos momentos de desânimo e cansaço. Estas cobranças foram importantes para a finalização do trabalho.

À enfermeira Márcia Viviane de Araújo Sampaio, secretária municipal de saúde de Vitória da Conquista-BA, pela autorização para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos alunos do curso de enfermagem do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia por participarem deste processo e compreenderem minhas ausências por conta do doutorado.

Ao José Palmito Rocha pela revisão ortográfica do texto. Muito obrigado pela disponibilidade e atenção dispensada. Por outro lado assumo qualquer inconveniência linguística que porventura tenha permanecido no texto desta pesquisa.

Ao Saulo Saad Nogueira Benevides, secretário do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela atenção e cordialidade constantes. Muito obrigado por atender minhas solicitações, especialmente, em relação aos trâmites para a defesa desta tese.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do estado da Bahia, com a localização do município de Vitória da Conquista.....	105
Figura 2	Regiões econômicas do estado da Bahia.....	106
Figura 3	Municípios da região sudoeste do estado da Bahia.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nossa Senhora Aparecida.....	111
Quadro 2	Número de usuários por doenças/condição referida na USFBruno Bacelar.....	111
Quadro 3	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Vila Serrana II.....	111
Quadro 4	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Miro Cairo.....	112
Quadro 5	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis V-I.....	112
Quadro 6	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis V-II.....	112
Quadro 7	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Recanto das Águas.....	113
Quadro 8	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Jardim Valéria I.....	113
Quadro 9	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Jardim Valéria II.....	113
Quadro 10	Número de usuários por doenças/condição referida na USF CSU-I.....	114
Quadro 11	Número de usuários por doenças/condição referida na USF CSU-II.....	114
Quadro 12	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Conveima-I....	114
Quadro 13	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nelson Barros-I.....	115
Quadro 14	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nelson Barros-II.....	115
Quadro 15	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Patagônia.....	115

Quadro 16	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nestor Guimarães-I.....	116
Quadro 17	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nestor Guimarães-II.....	116
Quadro 18	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis VI-I.....	116
Quadro 19	Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis VI-II.....	117
Quadro 20	Caracterização sociodemográfica das enfermeiras participantes do estudo, Vitória da Conquista-BA, 2013.....	138
Quadro 21	Categorias e subcategorias temáticas depreendidas a partir da Análise de Conteúdo Temática.....	140
Quadro 22	Análise da entrevista 1.....	254
Quadro 23	Análise da entrevista 2.....	255
Quadro 24	Análise da entrevista 3.....	256
Quadro 25	Análise da entrevista 4.....	257
Quadro 26	Análise da entrevista 5.....	259
Quadro 27	Análise da entrevista 6.....	260
Quadro 28	Análise da entrevista 7.....	261
Quadro 29	Análise da entrevista 8.....	262
Quadro 30	Análise da entrevista 9.....	263

Quadro 31	Análise da entrevista 10.....	264
Quadro 32	Análise da entrevista 11.....	265
Quadro 33	Análise da entrevista 12.....	266
Quadro 34	Análise da entrevista 13.....	267
Quadro 35	Análise da entrevista 14.....	268
Quadro 36	Análise da entrevista 15.....	269
Quadro 37	Análise da entrevista 16.....	270
Quadro 38	Análise da entrevista 17.....	271
Quadro 39	Análise da entrevista 18.....	272
Quadro 40	Análise da entrevista 19.....	273

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana de Vitória da Conquista-BA, cenário de atuação das enfermeiras participantes da pesquisa, segundo o número de usuários, 2013.....	109
-----------------	--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

API - Avaliação do Programa de Imunizações

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantil/adolescente

CD – Crescimento e Desenvolvimento

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DIRES - Diretoria Regional de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

FENF - Faculdade de Enfermagem

FTC - Faculdade de Ciência e Tecnologia

FUNEC - Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituições de Ensino Superior

IMS - Instituto Multidisciplinar em Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NUPEQS - Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

RC - Representações Coletivas

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SSA2 – Relatório de consolidação de informações sobre a situação de saúde das famílias

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRC - Teoria das Representações Coletivas

TRS - Teoria das Representações Sociais

UCSAL - Universidade Católica de Salvador

UBS - Unidade Básica de Saúde

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UESC - Universidade Estadual de Santa Cruz

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VD - Visita Domiciliária

1 – APRESENTAÇÃO

Nesta apresentação, será feito um breve relato acerca de minha trajetória profissional. A presente pesquisa é resultado de algumas indagações que foram construídas ao longo de vivências, como enfermeiro assistencial nos serviços da atenção básica e em atividades como docente de curso de graduação em enfermagem.

Durante a realização do curso de graduação em enfermagem, no noroeste do estado de São Paulo, o fenômeno (cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família) tomado como objeto de estudo nesta tese não se apresentava de forma inquietadora naquele momento, tão pouco se revelava com possibilidade de se constituir como instrumento de investigação no curso de doutorado em enfermagem.

No decorrer do meu curso de graduação em enfermagem, a discussão realizada com os docentes do curso sobre os modelos de atenção à saúde e da necessidade da efetivação de uma estratégia que tivesse como pressuposto a integralidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), se apresentou de forma teórica, uma vez que, na prática cotidiana dos serviços, a integralidade não se concretizava.

No transcorrer da minha formação profissional, ainda na graduação, a prática da visita domiciliária (VD) foi um dos elementos que me causou desconforto e angústia. Este “desassossego” gerado em mim, desde a graduação, referente à prática da VD, estava associado à ideia construída por mim, naquele momento, de que esta prática poderia se constituir em uma forma de invasão da privacidade dos usuários/famílias. Tal sentimento se exacerbava quando da visita, principalmente, a famílias inseridas num contexto social e econômico precário, tomando como referência uma sociedade desigual e capitalista.

Nesse ínterim, a prática da VD continuou a me intrigar. Assim, no curso de especialização em Saúde Pública, tomei a VD como objeto de estudo. Esta pesquisa teve como objetivo compreender o significado desta prática para alunos de graduação em enfermagem. Contrariando os meus pressupostos iniciais, os participantes da pesquisa

apresentaram uma percepção distinta da minha, consideraram a VD como uma atividade muito importante, uma vez, que a presença dos participantes do estudo no domicílio foi considerada como uma forma de conhecer as reais necessidades de cada usuário/família, e consequentemente desenvolverem uma assistência com vistas à concretização da integralidade da assistência⁽¹⁾.

No curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), retomei a VD nos serviços de saúde da atenção básica, como objeto de estudo, objetivando compreender as percepções dos usuários que são visitados pelos trabalhadores da estratégia saúde da família. A dissertação de mestrado me permitiu identificar que os usuários visitados a perceberam como uma forma de suporte social às famílias e como possibilidade de acesso aos serviços de saúde⁽²⁾.

Em minha trajetória profissional, outro aspecto que passou a inquietar-me referia-se ao cuidado em saúde mental nos serviços da atenção básica, passei então a sondá-lo. Esta inquietação referia-se ao modo como o cuidado em saúde mental era percebido e produzido nos processos de trabalho das equipes, especialmente, no processo de trabalho dos enfermeiros que atuavam nos serviços da Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, o enfermeiro assume uma pluralidade de responsabilidades, seja de ordem assistencial, gerencial ou educativa, nos processos de trabalho das equipes, em particular, nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Dessa forma, este recorte foi fundamental para a construção de um projeto de pesquisa que pudesse ser desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNICAMP, no curso de doutorado, no qual tomei como objeto de estudo o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

O cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família emergiu como objeto de estudo a partir das minhas vivências como enfermeiro e

docente da área da saúde coletiva, aliadas e à incipiência na produção deste cuidado nos contextos em que me inseria. Este foi tomado como elemento necessário à prática da integralidade em saúde, reconhecendo a necessidade da promoção da saúde mental a todos os usuários do SUS e a produção deste cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais inseridas nos territórios das equipes de saúde da família.

Comecei a observar, a partir da minha inserção profissional na atenção básica, que a produção do cuidado em saúde mental era praticamente invisível nos serviços da Estratégia Saúde da Família, inclusive em minha prática cotidiana como enfermeiro e docente que também se inseria nestes serviços. Estas observações, atreladas às recomendações do Ministério da Saúde sobre o diálogo necessário e possível entre atenção básica e saúde mental, foram motivadoras para que buscasse, nesta pesquisa, investigar as Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Para tanto, a presente tese dispõe em sua parte inicial de um resgate teórico sobre os elementos inerentes ao objeto de estudo, ou seja, a relação entre saúde mental e atenção básica, especificamente, nos serviços da Estratégia Saúde da Família. A seguir encontra-se o aporte teórico, o qual subsidiou a contextualização e delimitação do objeto de estudo. Este envolveu elementos relacionados à saúde mental, atenção básica e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Na segunda parte, após a introdução e contextualização e delimitação do objeto de estudo encontra-se a justificativa para realização da pesquisa, bem como, o referencial teórico utilizado para dar sustentação aos achados e discussões da pesquisa. Nesta pesquisa foram empregados conceitos inerentes à Teoria das Representações Sociais e o processo de formação da referida teoria. Uma vez apresentado o referencial teórico, são listados os pressupostos iniciais e os objetivos deste estudo.

O percurso metodológico evidencia o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa. Nele encontram-se: a conceituação da abordagem adotada (abordagem qualitativa), o método empregado (estudo de caso qualitativo), a técnica empregada para a coleta dos dados (entrevista semiestruturada) e sua análise (Análise de Conteúdo Temática).

Nos resultados encontra-se a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo e as categorias temáticas que foram depreendidas. A discussão dos dados está alicerçada em três aspectos, os quais respondem aos objetivos da pesquisa. As três categorias temáticas construídas são: **o trabalho da enfermeira na estratégia saúde da família, o cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: percepções das enfermeiras e a rede de atenção em saúde mental**. Após a discussão dos resultados são apresentadas minhas conclusões e considerações finais, nas quais se encontram os apontamentos que contribuirão para uma nova forma de visualizar a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica, no contexto social estudado.

2 – INTRODUÇÃO

A relação entre saúde mental e os serviços da atenção básica, tem sido discutida em muitos trabalhos, entre documentos do Ministério da Saúde e pesquisas publicadas⁽³⁻¹⁷⁾. Estes evidenciam a relevância das equipes de saúde da atenção básica, em particular as equipes de saúde da família, quando se referem à produção do cuidado em saúde mental com ênfase na pessoa com sofrimento psíquico¹ e sua família.

Sobre o sofrimento psíquico, este pode ser entendido como:

conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, oriundos do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia⁽¹⁸⁾.

No que tange ao sofrimento psíquico, embora este não se apresente de forma explícita nos processos de trabalho das equipes de atenção básica, sabe-se que em diversificados quadros orgânicos como: diabetes, hipertensão e outros relacionados a fatores psicológicos e sociais como a violência, por exemplo, geram repercussões na vida do usuário e de seus familiares, causando-lhes uma sobrecarga psíquica⁽¹⁹⁾. As equipes de atenção básica estariam qualificadas para atender, em especial, aos usuários com transtornos mentais comuns que são caracterizados por sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, sendo estes os mais encontrados na comunidade e podendo gerar elevado custo social e econômico, uma vez que podem gerar

¹ Na presente tese será empregado o termo pessoa/usuário com sofrimento mental/transtorno mental por serem mais apropriados. Consultar Sasaki, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. Revista Nacional de Reabilitação. 2002; 5(24): 6-9.

incapacidades no indivíduo para o trabalho e produzir maiores demandas para os serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

Em pesquisa realizada na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro, os autores identificaram que os transtornos mentais comuns podem ser fortemente associados às desigualdades sociais em usuários da Estratégia Saúde da Família, sendo que na população estudada as mulheres extremamente pobres constituiu o grupo de maior risco⁽²⁰⁾. As equipes de saúde da família são implantadas, estrategicamente, em áreas de elevada vulnerabilidade social, estes serviços seriam importantes espaços para a identificação e a produção do cuidado em saúde mental aos usuários com transtornos mentais comuns.

Sobre a atenção básica, o Ministério da Saúde, por meio de sua Política Nacional, a define como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral⁽²⁰⁾.

O Ministério da Saúde enfatiza que os serviços da atenção básica devem ser compreendidos como a principal porta de entrada para o acesso aos serviços públicos de saúde e deve atuar num território delimitado com vistas ao desenvolvimento de um atendimento integral que contribua para um melhor de nível de saúde da população atendida⁽²¹⁾.

No que se refere à saúde mental, dentre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a (re)socialização da pessoa com sofrimento psíquico é entendida como cerne do processo de desinstitucionalização. Nesta perspectiva, as equipes de saúde da família são apontadas como fundamentais para a concretização do pressuposto apontado anteriormente.

As equipes da atenção básica trabalham com áreas prioritárias, tendo, na atualidade, como prioridades do pacto pela saúde, no componente pacto pela vida: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental (grifo do autor); fortalecimento da capacidade de resposta

do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem⁽²²⁾.

A temática saúde mental, em particular, no contexto dos serviços da atenção básica tornou-se tão importante que tem sido uma preocupação não só do governo e pesquisadores do Brasil, como também, de outros países. Russell e Potter⁽²³⁾, por exemplo, ao discutirem os problemas de saúde mental na atenção básica no Reino Unido, identificaram deficiências na prática clínica e a necessidade de formação em saúde mental para os profissionais que atuam neste cenário, desenvolvendo ações de saúde mental.

Outro exemplo é o estudo de Nolan e Hewison⁽²⁴⁾, ao tomarem como objeto de estudo as políticas de saúde mental nas equipes de trabalho da atenção básica na Inglaterra. Os autores constataram uma falta de clareza na política de saúde mental do país, sendo este um dos fatores que tem contribuído para as dificuldades encontradas pelos profissionais em atuarem em saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que as ações de saúde mental na atenção básica têm como finalidade garantir o diagnóstico, o tratamento das pessoas com transtornos mentais, implementar estratégias de prevenção de transtornos mentais e possibilitar que, os trabalhadores destes serviços, sejam capazes de desenvolver ações de caráter psicossocial por meio de entrevistas, aconselhamento e habilidades interpessoais⁽²⁵⁾.

Mwape et al.⁽²⁶⁾ em pesquisa realizada na Zâmbia, evidenciaram que apesar da concretização de uma reforma no sistema de saúde do país em 1991, a saúde mental apresenta baixa prioridade. Os autores⁽²⁶⁾ afirmam a existência de uma fragmentação na atenção à saúde, uma vez que os serviços de saúde mental prestados têm como enfoque, as ações de natureza curativa, sendo estas desenvolvidas, basicamente pelos serviços do nível secundário de assistência, ou seja, os serviços especializados.

Fuller et al.⁽²⁷⁾, ao pesquisarem a articulação entre saúde mental e outros níveis de organização dos serviços de saúde na Austrália, mostraram que o acesso e a colaboração entre os serviços de apoio são fundamentais para a recuperação e autodeterminação das pessoas com transtornos mentais.

O estudo de Waitzkin et al.⁽²⁸⁾ realizado no México, mostrou que as pessoas com transtornos mentais, especialmente, os casos de depressão, encontraram barreiras substanciais, quando buscaram pelos serviços de saúde. Pontuam que, quando estes buscam tratamento, geralmente, se dirigem aos serviços de atenção básica. Muitas vezes, os médicos inseridos nestes serviços, não identificam os problemas de saúde mental, e quando o fazem, não fornecem tratamento adequado, não respondendo às necessidades psicossociais do usuário.

Além da magnitude e relevância que a atenção à pessoa com transtorno mental tem no campo dos serviços de saúde, em particular, na atenção básica, torna-se relevante discutir o modo como eles foram vistos pela sociedade ao longo da história.

Historicamente, a pessoa com transtorno psíquico sempre foi vista pela sociedade com um sentimento de medo e aversão como evidencia Foucault⁽²⁹⁾ em sua obra *A história da loucura*, este fator é contribuinte, na maioria das vezes, para estigmatização e exclusão dessas pessoas da sociedade. Ao longo da história, essas questões inerentes à “loucura ou doença mental”, como foram entendidas, na Idade Média e Século XX, respectivamente, estiveram presentes de forma acentuada, sob diferentes óticas, fossem essas, de caráter filosófico, religioso ou cultural.

Ao historiar a “loucura”, deve-se evidenciar que na Idade Média esta apresentava uma ideia de alteridade pura, ou seja, o homem era visto num contexto mais verdadeiro e integral. Neste período, a percepção social da loucura estava pautada pela ética do internamento. Este na Idade Clássica era baseado numa prática de proteção e guarda; sendo

esta uma prática distinta da que aconteceu no século XVIII, em que houve uma convergência entre percepção, dedução e conhecimento, estando o internamento pautado em características médicas e terapêuticas⁽³⁰⁾.

“Na época clássica, o hospício teve uma função eminentemente de hospedaria⁽²⁹⁾.” Neste cenário, evidencia-se a passagem da “loucura”, pautada em um olhar trágico para um olhar crítico, sendo esta visualizada num universo de diferença simbólica, num lugar social reconhecido no universo da verdade, para outro em que o “louco” esteve associado ao encarceramento, exclusão e morte⁽³⁰⁾.

[...] A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo da medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica. [...] essa transformação crucial no lugar simbólico da loucura na cultura ocidental remodelou os eixos antropológicos de sua existência histórica, pois deslocou a relação crucial existente no renascimento entre as figuras da loucura e da verdade⁽³⁰⁾.

Com o advento da psiquiatria, como disciplina, e diante do entendimento da loucura como doença mental, já no século XX, inicia-se uma discussão sobre as formas de intervenção e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, e sobre o processo de desinstitucionalização, que tinha como proposta não apenas romper com o modelo hospitalocêntrico de atenção, mas, de buscar junto à família e à comunidade, meios de garantir a (re)inserção social das pessoas com transtorno mental⁽³⁰⁾.

Nesta vertente, no Brasil quase que simultaneamente ao desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária, aconteceu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, no período compreendido entre o final da década de 1970 e início dos anos 1980, que tinha entre seus pressupostos a garantia de uma atenção ao usuário com transtorno mental de forma integral, humanizada, e que não fosse excludente, como era no modelo asilar⁽⁴⁾.

Desse modo, a saúde mental se apresentou como uma especialidade no contexto dos serviços de saúde, na medida em que esta continua sendo operacionalizada, na prática dos serviços de atenção básica de forma muito burocratizada e fragmentada, com ações centralizadas nas tradicionais guias de referência e contrarreferência, o que tem contribuído para uma desresponsabilização pela produção do cuidado em saúde⁽³¹⁾.

Nesta perspectiva Silva Filho⁽³²⁾ afirma que:

[...] o campo da saúde mental vem se constituindo no intervalo entre saberes e ações planejadas. Não são poucos os temas e os debates que se devem encampar nessa tarefa. Podem ser mencionados, por exemplo, os desafios implicados na criação de dispositivos “institucionais”, coletivos, que favoreçam o diálogo com a experiência individual da psicose; a necessária combinação entre efetivação dos preceitos de autonomia, cidadania e contratualidade propostos pela Reforma Psiquiátrica e a responsabilização dos usuários psiquiátricos e de seus familiares em relação aos cuidados continuados em saúde mental; e a importância da interdisciplinaridade nos discursos e práticas [...]

Diante do que foi apresentado na introdução, o cuidado em saúde mental deveria ser ofertado a todos os usuários do sistema de saúde, como proposta de concretização da integralidade do cuidado e, neste contexto, as pessoas com transtornos mentais e suas famílias

também deveriam reconhecer os serviços de atenção básica como “porta de entrada” para os serviços do SUS. Estes aspectos serão apresentados a seguir na contextualização e delimitação do objeto de estudo.

3 – CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1. Atenção básica e saúde mental: articulação possível e necessária

O modelo de assistência à saúde na atenção básica difundido na quase totalidade do país tem sido a Estratégia Saúde da Família, cujo cerne é a (re)organização dos serviços do nível primário de assistência, que tem como proposta a concretização na prática dos princípios e diretrizes do SUS e o rompimento com o modelo medicalizante e hospitalocêntrico. Este modelo preconiza que as equipes de saúde da família, sejam a “porta de entrada” do sistema e adotem o acolhimento e o vínculo como instrumentos do processo de trabalho e a sua utilização como necessária à produção do cuidado em saúde mental.

A inserção de ações de saúde mental nos serviços da atenção básica tornou-se essencial e tem sido estimulada pela OMS desde a década de 1990, uma vez que o aspecto emocional também deve ser considerado no processo saúde-doença das pessoas. Ressalta-se que a inserção de ações de saúde mental na atenção básica não deveria ser vista como mais uma tarefa ou como nova carga de trabalho, mas, como uma possibilidade de efetividade da integralidade na produção do cuidado em saúde⁽¹⁷⁾.

Ademais, as equipes de atenção básica, em especial as equipes de saúde da família, constituem-se num recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde mental, para exemplificar, os transtornos mentais comuns, o uso abusivo de álcool, e de drogas e outras formas de sofrimento psíquico controlados que dispensam atenção psicossocial especializada⁽⁴⁾.

No intuito de contextualizar a problemática do transtorno mental no cenário mundial, dados da OMS, em 2001, apontavam que uma em cada quatro famílias tinha pelo menos um membro acometido por transtorno mental ou comportamental. Estas pessoas lidam com o fato

de serem rejeitadas tanto na comunidade quanto por seus familiares, situação esta que dificulta a participação dessas pessoas em atividades e redes sociais⁽³³⁾.

No cenário brasileiro, dados do Ministério da Saúde⁽⁵⁾ apontavam que:

- 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes;
- mais que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- 2,3% do orçamento anual do SUS é para a saúde mental.

Os dados anteriormente apresentados evidenciam a amplitude do problema a ser enfrentado. No intuito de melhorar o atendimento ao usuário com transtorno mental, o governo brasileiro tem tomado como foco a diminuição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos, a qualificação, expansão e o fortalecimento a rede extra-hospitalar, fazendo parte dessa rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). O Ministério da Saúde chama atenção para a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica (grifo do autor), tendo como pressuposto a efetivação de uma política de atenção integral aos usuários com transtornos mentais [...]⁽⁵⁾.

Nunes et al.⁽¹²⁾ afirmam que um número elevado de situações em saúde mental poderia ser solucionado pelos trabalhadores da equipe de saúde da família, sem a necessidade desse usuário ser referenciado a serviços especializados de atendimento, como os CAPS, os

ambulatórios de saúde mental, por exemplo. Na atenção básica, os trabalhadores de saúde têm a possibilidade de desenvolver ações preventivas de promoção da saúde mental, curativas e de reabilitação, sendo esta uma das distintas formas de conceber a integralidade do cuidado⁽¹²⁾, no entanto, o olhar dos trabalhadores tem se voltado muito aos aspectos curativos, sendo as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde mental produzidas de forma discreta, ou mesmo ausentes dos processos de trabalho.

As ações de saúde mental na atenção básica devem seguir ao modelo de redes de cuidado, tomando como princípios básicos: a noção de território; a organização da saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a interdisciplinaridade; desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários e a construção da possível autonomia de usuários e familiares⁽⁶⁾.

Sob esse prisma, vale salientar que, diante de sua proximidade com famílias e comunidades, os profissionais que constituem as equipes de saúde da família são considerados um recurso estratégico para o enfrentamento de situações vinculadas às diversas formas de sofrimento psíquico⁽⁶⁾.

A situação anterior é explicitada no estudo de Camacho-Arce et al.⁽³⁴⁾, cujo objetivo foi investigar a situação da saúde mental nos serviços de atenção básica em La Paz, na Bolívia. As autoras afirmam que, para a melhoria da assistência aos usuários com transtornos mentais, a integração entre comunidade e serviços de saúde representa uma boa estratégia.

O cuidado em saúde mental sofreu modificações nas últimas décadas em decorrência da mudança de paradigma nos serviços de saúde, sendo o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento da pessoa com transtorno mental e sua família no cotidiano⁽³⁵⁾.

Nos processos de trabalho das equipes de saúde da família a VD é considerada um importante instrumento para a produção do cuidado em saúde mental, seja aos usuários de modo geral, ou aos usuários com algum tipo de sofrimento psíquico.

Na tentativa de articular a prática da VD às ações de saúde mental, como já evidenciado na apresentação desta tese, a tomei como objeto de investigação, durante o curso de mestrado, com o objetivo de compreender como os usuários percebem-na, uma vez que com a instituição da Estratégia Saúde da Família, o domicílio passou a ser visualizado pelos trabalhadores deste serviço como um espaço de produção de cuidado⁽²⁾.

Por meio da VD é possível compreender a dinâmica familiar, com vistas à possibilidade de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Deste modo, a VD pode e deve ser empregada como um potente recurso/instrumento para que o enfermeiro possa dar suporte aos usuários, inclusive, aos usuários com transtornos mentais e suas famílias, principalmente, após o processo de hospitalização, sendo esta prática entendida como uma possibilidade de continuidade do tratamento na própria comunidade, evitando por meio da VD, na maioria dos casos, a reinternação⁽³⁶⁾.

Neste contexto, Oliveira e Loyola⁽³⁷⁾ enfatizam que:

Na visita domiciliar, o ambiente tem expressão própria superando mesmo algum mutismo dos pacientes. É uma possibilidade ímpar de acolhimento e de troca. A casa e a família fornecem pistas e dados para que haja algum nexos entre a doença e o social. A VD é uma boa perspectiva para que a enfermeira possa prestar um cuidado humano, criativo, sensível e longe da internação hospitalar.

Considerando a relevância da VD no processo de trabalho do enfermeiro referente ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental e a necessidade de conhecimento do contexto em que o usuário se insere, o Ministério da Saúde, em documento sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica afirma que:

existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão das práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica⁽⁶⁾.

Destarte, embora a saúde mental apareça na atualidade como uma das prioridades do pacto pela vida instituído pelo Ministério da Saúde, por meio do pacto pela saúde, na prática, tal situação se esbarra em diversos desafios, uma vez que nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa relevante tarefa. A falta de recursos humanos e de formação compromete o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes, além da complexidade que envolve a atenção à saúde dos usuários, especialmente, aqueles com transtornos mentais⁽⁶⁾.

No cenário brasileiro, mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica, a estigmatização da pessoa com sofrimento psíquico tem se perpetuado na prática dos serviços de saúde. Na atenção básica esta situação é perceptível, uma vez que os usuários dos serviços de saúde, especialmente, aqueles com transtornos mentais não têm sido atendidos segundo os pressupostos da integralidade, numa perspectiva que ultrapassa o seu conceito como princípio norteador/doutrinário do SUS.

Sobre a concretização das premissas da Reforma Psiquiátrica, estas têm como propostas, a responsabilização em relação à produção da saúde, a busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo⁽⁴⁾.

Atrelada às situações anteriores, outro aspecto refere-se à fragmentação da atenção prestada aos usuários dos serviços, que se reproduz na abordagem ao usuário com transtorno mental, com a execução de raras ações voltadas a esta população e suas famílias, motivos estes, significativos para o desenvolvimento desta pesquisa.

3.2. Reforma Psiquiátrica e saúde mental na atenção básica: aspectos históricos e conceituais

De acordo com Coimbra⁽³⁸⁾ e Rodrigues⁽³⁹⁾, os serviços de saúde mental passaram por profundas mudanças, juntamente com os serviços de saúde, a partir da década de 1970 e início de 1980. Nesse período, aconteceu o movimento da Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Para Delgado⁽⁴⁰⁾ a mudança no modelo de atenção psiquiátrica envolveu o rompimento com o aparato de internações constituído ao longo da história, tendo como base uma ampla rede institucional e um conjunto de fatores sociais e administrativos que contribuíram para a segregação hospitalar.

Neste contexto, para Campos e Teixeira⁽⁴¹⁾, a desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico trouxe um novo modelo de atenção à saúde, que teve como cerne a manutenção e integração do usuário na própria comunidade. Este novo modelo de atenção à saúde mental se pautou na atenção psicossocial, termo este empregado no Brasil a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 quando se definiu que a atenção integral e a

cidadania eram conceitos norteadores da atenção à saúde mental. Essa denominação remete à noção de saúde mental que, diferente da psiquiatria, uma disciplina da área médica, é, estruturalmente, interdisciplinar. O campo da saúde mental se torna possível a partir da pluralidade de olhares disciplinares sobre a "loucura" acepção ampliada de "doença" ou sofrimento mental⁽⁴²⁾.

O Ministério da Saúde aponta que o ano de 1978 foi considerado o marco inicial do movimento social pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Outro ponto marcante dessa época é o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo este formado em sua pluralidade por trabalhadores componentes do movimento sanitário, sindicalistas e associações de familiares, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas⁽⁴⁾. Amarante⁽³⁰⁾ evidencia que o MTSM foi considerado o principal sujeito político ao longo do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo que envolveu atores, instituições e forças de diferentes origens, ao mesmo tempo em que se instalou em diversos espaços: nas esferas governamentais, nas instituições de educação superior, nos próprios serviços de saúde, nas associações de usuários com transtornos mentais e seus familiares, dentre outros cenários que se apresentaram e puderam ser compreendidos como “um conjunto de transformações de práticas, valores culturais e sociais [...]”⁽⁴⁾. No contexto da Reforma Psiquiátrica, estes espaços se apresentaram como campos marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios.

A discussão em torno da Reforma Psiquiátrica, acentuada fortemente a partir dos anos 70 do século XX, possibilitou uma reflexão sobre as práticas das políticas de saúde, especialmente, no campo da saúde mental, que buscou a instalação de uma nova política

pública de atenção aos usuários com transtornos mentais, e a elaboração de tecnologias de cuidado inovadoras⁽⁴³⁾.

Para o autor acima referenciado⁽⁴³⁾, o processo de substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços regionalizados trouxe em seu bojo a possibilidade de minimizar o sofrimento humano, contribuir para a produção da autonomia e ampliação dos laços sociais e, romper com aspectos que estiveram associados, historicamente, à segregação, abandono e violência.

Esse movimento que emergiu em meio à Reforma Sanitária, foi resultante do modelo adotado no campo da saúde mental, modelo este asilar, caracterizado por situações de exclusão social, em decorrência da “medicalização do louco e da loucura” como apontou Kirschbaum⁽⁴⁴⁾ em seu estudo a respeito da análise histórica das práticas de enfermagem no campo da atenção psiquiátrica no Brasil.

Os modelos propostos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária no Brasil, foram determinantes na (re)organização das práticas em saúde, e apontavam que a atenção à saúde que tinha como foco o hospital transitasse para outro cujo cenário fosse a própria comunidade. Este processo de mudança de modelo possibilitou desconstruir saberes, sugerir novos modos de atenção e reconhecer a comunidade como *locus* preferencial de intervenção⁽⁴⁵⁾.

Segundo Dimenstein et al.⁽⁴⁶⁾ a partir de 1990, com a Declaração de Caracas, houve um fortalecimento da discussão e possibilidade de inserção dos serviços de saúde mental nos serviços da atenção básica e o estabelecimento de redes de apoio social. Com isso, a Estratégia Saúde da Família, amplamente adotada pelas Secretarias Municipais de Saúde no Brasil, se apresentou como possibilidade e campo privilegiado para as intervenções em saúde mental, uma vez que no processo de trabalho destas equipes se inserem os pressupostos de vínculo e acolhimento, além disso, esta modalidade de atenção à saúde possibilitou aos

trabalhadores da equipe de saúde da família o conhecimento do contexto social, econômico e cultural em que se insere cada usuário/família.

Como parte do processo de Reforma Psiquiátrica, em 2001, foi aprovada a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental. Esta Lei foi decisiva no processo de desinstitucionalização da atenção aos usuários com transtornos psíquicos e determinou que eles tivessem como direitos⁽⁴⁷⁾:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Desse modo, (re)pensar a saúde mental no bojo da Estratégia Saúde da Família, tem sido a arena de discussão de autores que visualizam a possibilidade de concretização de uma atenção em saúde mental, cuja base seja o desenvolvimento da cidadania do usuário com sofrimento psíquico por meio de sua (re)inserção no núcleo familiar, na comunidade e no trabalho^(8,48).

A parceria entre saúde mental e saúde da família é necessária, desejável e possível, uma vez que os projetos de saúde mental inspirados na Reforma Psiquiátrica têm grande afinidade com aqueles dos serviços de saúde da família, entendidos como estratégia de implantação do SUS. Desse modo, os trabalhadores da equipe de saúde da família, em seus processos de trabalho, devem construir com a sua população uma relação muito diferente daquela que se constrói nas práticas mais tradicionais de saúde. Esta situação permite aos profissionais identificar quem de fato necessita de um atendimento em saúde mental especializado⁽⁴⁹⁾. Para Coimbra et al.⁽⁸⁾, a estratégia deve buscar uma atenção universal, abrangente e integral, para a comunidade levando em conta a realidade social e as necessidades de saúde de cada usuário/família.

Uma estratégia apontada pelo Ministério da Saúde, como forma de garantir um atendimento mais acurado em relação à saúde mental na atenção básica refere-se à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes núcleos devem ser compostos por uma equipe interdisciplinar, cujo papel central é o de atuar em conjunto com os trabalhadores da equipe de saúde da família. Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deve ser formado por no mínimo cinco profissionais de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado a um total de oito a 20 equipes saúde da família⁽⁵⁰⁾. O NASF 2, por sua vez, deverá ser formado por no mínimo três profissionais de nível

superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo três equipes saúde da família, sendo vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal⁽⁵⁰⁾.

O papel das equipes de NASF, na prática, é possibilitar uma retaguarda às equipes de saúde da família, o que potencializa a capacidade destas equipes para lidarem com o sofrimento psíquico, bem como, integrá-las aos demais pontos da rede de atenção em saúde mental. O apoio do NASF contribui para que as ações de prevenção e o tratamento dos usuários com transtornos mentais, a promoção da saúde e reabilitação psicossocial aconteçam a partir da atenção básica⁽⁵¹⁾.

Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Estes fazem parte da atenção básica, não se constituem como serviços, com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica)⁽²¹⁾. Estas equipes “devem trabalhar com o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as equipes de saúde da família na discussão de casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares” (PTS)⁽⁵²⁾. Os PTS são um importante instrumento para as equipes de saúde e podem ser compreendidos como “uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido”⁽⁵³⁾.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para

um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde⁽²¹⁾.

Outro elemento relevante foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, que ocorreu no período compreendido entre 27 de junho e 01 de julho de 2010, a qual teve como princípios e diretrizes, dentre outros, implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental em todo o país⁽⁵⁴⁾. No relatório final da referida conferência, especificamente, sobre saúde mental e atenção básica, na vertente organização e consolidação da rede de serviços de saúde ficou firmada a necessidade de:

[...] Garantir, por meio de portaria específica do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, devendo esses profissionais serem capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em Saúde Mental.

[...] Incluir indicadores/marcadores de saúde mental junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), através da criação de instrumentos de coleta de dados e acompanhamento pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família e da inclusão, no SIAB, dos códigos utilizados nos diagnósticos de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

[...] Preparar e equipar Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Especializados em Odontologia, de forma a capacitar toda a equipe de saúde

bucal para o atendimento preventivo e curativo às pessoas em sofrimento mental e aos usuários de álcool e outras drogas⁽⁵⁴⁾.

Portanto, as conferências de saúde são consideradas importantes espaços de discussão e elaboração de propostas que agreguem à consolidação do SUS, especificamente, no que se refere à melhoria e ampliação da atenção aos usuários do sistema, fazendo parte deste processo a produção do cuidado em saúde mental.

3.3. O problema de pesquisa

A interface entre atenção básica e saúde mental apresentada anteriormente foi necessária para que pudesse situar a produção do cuidado em saúde mental como elemento inerente ao núcleo de competências do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Durante o processo de revisão da literatura desta tese, foi-me oportunizado identificar trabalhos⁽³⁻¹⁷⁾ que investigaram a relação entre saúde mental e atenção básica, sendo participantes dessas pesquisas, na maioria das vezes, as diferentes categorias profissionais que se inserem nos serviços da Estratégia Saúde da Família.

A produção do cuidado em saúde mental tem sido um desafio para equipe de saúde da família, especificamente, para os enfermeiros. Esta situação contribui para que a atenção em saúde mental não adquira visibilidade no planejamento e organização semanal do trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

A atenção básica é visualizada como um plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial. O

enfermeiro da Estratégia Saúde da Família deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao usuário com transtorno mental, além de incorporar ao seu processo de trabalho ações que promovam a redução de danos. Desse modo, o profissional deve ser qualificado a conduzir a comunidade e a família na busca pela inclusão do usuário com transtorno mental nas diversas formas de organizações populares, construindo com esta prática novos espaços de reabilitação psicossocial⁽⁵⁵⁾. No contexto apresentado percebe-se uma desvalorização por parte dos enfermeiros, uma vez que estes reconhecem uma fragilidade em seus trabalhos no contexto da saúde mental o que os levam a identificar a necessidade de encaminhamento do usuário aos serviços especializados⁽⁵⁶⁾.

Contudo, uma das possibilidades para que os serviços avancem na direção da Reforma Psiquiátrica passa necessariamente pela atenção básica que deve oferecer uma resposta adequada aos usuários, inclusive aqueles com transtornos mentais. Portanto, a atenção básica passa a ser um espaço de acolhimento e de integralidade das ações, o que possibilita a ampliação de uma rede de cuidados cujo objetivo seja a promoção da saúde como forma de produção de vida⁽¹⁹⁾.

Investigar o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros que atuam nos serviços da Estratégia Saúde da Família emergiu como necessário, na busca por respostas cuja essência seja a reflexão de um trabalho já instituído e possíveis desconstruções de práticas cotidianas cristalizadas que obstaculizam a produção do cuidado em saúde, especificamente, em saúde mental.

Apresenta-se a seguir a formulação do problema delimitado desta pesquisa construída na fase de projeto de pesquisa e que foi necessário para subsidiar o desenvolvimento desta tese.

- O cuidado em saúde mental está relacionado à noção de integralidade na Estratégia Saúde da Família;

- A produção do cuidado em saúde mental tem sido incipiente no cenário dos serviços da atenção básica, especificamente, na Estratégia Saúde da Família;
- O enfermeiro tem importante papel dentro do processo de trabalho da equipe de saúde da família na produção do cuidado em saúde mental;
- As equipes de saúde da família são consideradas importantes no processo de concretização dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir da delimitação anteriormente apresentada foram construídas questões a serem respondidas e que configuraram o problema de pesquisa. Como os enfermeiros percebem, significam e representam o cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família? Quais são as representações sociais que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família têm sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica?

Portanto, esta pesquisa buscou identificar percepções que reproduzem uma representação social. Segundo Husserl *apud* Turato⁽⁵⁷⁾ [...] “a percepção é um ato que determina a significação [...]”. “Quando falamos em percepção estamos nos referindo a esse significado próprio, pessoal, que cada indivíduo dá às coisas, pessoas e acontecimentos.” “[...] Cada percepção é uma espécie de tradução subjetiva que o indivíduo faz de elementos da realidade, dando-lhes significados pessoais⁽⁵⁸⁾”.

De acordo com Chauí⁽⁵⁹⁾ “a percepção é sempre uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências”. Assim, o mundo percebido é qualitativo, significativo, estruturado [...] onde as pessoas dão às coisas percebidas novos sentidos e novos valores, uma vez que as coisas fazem parte da vida cotidiana das pessoas e estas interagem com o mundo. A percepção envolve a vida social, ou seja, os significados e os valores das coisas percebidas decorrem de nossa sociedade e da maneira como nela as coisas e as pessoas recebem sentido, valor ou função⁽⁵⁹⁾.

Sobre as representações sociais, os conceitos que foram utilizados nesta tese serão apresentados de forma mais acurada na parte que apresenta o referencial teórico, no entanto, como tentativa de conceituá-la *a priori*, Spink⁽⁶⁰⁾ afirma que:

[...] as representações sociais são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir de seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir de seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

A contextualização e delimitação do tema trazem em seu bojo elementos necessários para situar o objeto de estudo. A seguir apresentar-se-á a justificativa para o desenvolvimento da presente pesquisa.

4 – JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos associado ao aparecimento de novos serviços substitutivos em saúde mental, marcaram um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento da resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não indica, contudo, que se tenha alcançado uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção no que se refere à produção do cuidado em saúde mental⁽⁶⁾.

A qualidade e a efetividade do cuidado aos usuários com queixas ou agravos na área de saúde mental, na atenção básica, tende a melhorar, à medida que limitações relativas a preconceitos, interesses corporativos e a própria transmissão e assimilação do conhecimento sejam devidamente enfrentadas, e que os profissionais inseridos nestes serviços possam, adequada e corretamente, identificar e cuidar destes problemas presentes em sua população adstrita, ao invés de negá-los, medicalizá-los, psicologizá-los ou simplesmente referi-los a algum ou vários serviços especializados⁽⁶¹⁾.

Na contemporaneidade, existem sinais de uma junção de significações que envolvem o cuidado em saúde mental, estas emergem a partir das concepções de saúde e doença que os enfermeiros apresentam. Neste contexto, os significados dos enfermeiros poderão se associar a elementos que se pautam exclusivamente no que propõe a medicina tradicional, bem como, emergir significados singulares que podem evidenciar concomitantemente sinais de aceitação, incorporação ou resistência.

Portanto, o desenvolvimento desta pesquisa certamente fornecerá subsídios para reflexões sobre as representações sociais que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família têm sobre o cuidado em saúde mental, aspectos estes que poderão tomados como referência para a compreensão de uma situação, bem como possibilidade para (re)construção de contextos, revisão de condutas e, possivelmente, a desconstrução de práticas.

A pesquisa poderá identificar a necessidade de que os enfermeiros rompam com os estereótipos que possuem acerca do “louco” e da “loucura”, sendo capazes de incorporar aos seus processos de trabalho o cuidado em saúde mental, reconhecendo este como inerente ao seu núcleo competências o que possibilita maior visibilidade à sua profissão.

5 – REFERENCIAL TEÓRICO

Toda investigação requer um referencial teórico que possa sustentar os seus achados e discussões, como requisito fundamental a sua qualificação como empreendimento científico. Nesta pesquisa foram empregados conceitos oriundos da Teoria das Representações Sociais (TRS).

Teoria pode ser definida como um conjunto coerente de proposições que inter-relaciona princípios, definições, teses e hipóteses e tem como finalidade permitir uma organização lógica à interpretação da realidade empírica⁽⁶²⁾.

Representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento por meio do qual o sujeito se reporta a um objeto, neste caso o cuidado em saúde mental. Não há representação sem objeto⁽⁶³⁾. É algo inerente a TRS, deve ser encarado como um processo ativo, uma reconstrução do dado em um contexto de valores, reações, regras e associações. Destarte, não se trata de simples opiniões e atitudes, mas, de teorias “internalizadas” que serviriam para (re)organizar a realidade⁽⁶⁴⁾.

O arcabouço teórico da TRS surgiu de uma cultura profissional que buscava soluções coletivas para problemas comuns, relativos às experiências cotidianas e por tradição num determinado grupo. As Representações Sociais correspondem a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações emanadas no cotidiano, no decurso de comunicações intersubjetivas e podem ser comparadas a uma versão contemporânea do senso comum⁽⁶⁵⁾.

“Representações Sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento.” As percepções são consideradas como parte da construção da realidade⁽⁶²⁾.

Para Guareschi e Jovchelovitch⁽⁶⁶⁾

[...] a Teoria das Representações Sociais estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que, em nível da realidade, estão profundamente ligados. A dimensão cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representações sociais. O fenômeno das representações sociais, e a teoria que se ergue para explicá-lo, diz respeito à construção de saberes sociais e, nessa medida, ele envolve a cognição. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes traz à tona a dimensão dos afetos, porque quando sujeitos sociais empenham-se em entender e dar sentido ao mundo, eles também o fazem com emoção, com sentimento e com paixão. A construção da significação simbólica é simultaneamente, um ato afetivo. Tanto a cognição como os afetos que estão presentes nas representações sociais encontram a sua base na realidade social.[...]

Para o desenvolvimento deste estudo busquei analisar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família na percepção de enfermeiros. O cenário da USF pôde ser tomado como um território onde tais representações se produzem e se reproduzem. Estas representações não surgem do vazio, são construídas historicamente no campo das interações e sofrem influências de estruturas cristalizadas, orientando e sendo reorientadas pela ação de sujeitos em suas práticas cotidianas⁽⁶⁷⁾.

5.1. Teoria das Representações Sociais

O expoente desta teoria foi Serge Moscovici. Sua teoria surgiu no contexto de desenvolvimento da psicologia social europeia, no ano de 1961, especificamente, na França. Por meio da publicação de seu estudo intitulado *“La Psychanalyse: son image et son public”* é que Moscovici propõe novo conceito.

Para a construção de sua teoria, Moscovici levou em consideração a Teoria das Representações Coletivas (TRC) de Durkheim que buscava respostas para fenômenos referentes à religião, aos mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo, dentre outras, em termos de conhecimentos inerentes à sociedade⁽⁶⁸⁾.

Moscovici estava interessado em representações da sociedade presente e não em sociedades primitivas como era o foco das Representações Coletivas (RC) de Durkheim, ou seja, o conceito de RC continha, na compreensão de Moscovici elementos que o impedia de dar conta dos novos fenômenos identificados⁽⁶⁸⁾.

Esses foram apresentados por Sá⁽⁶⁸⁾ ao afirmar que o conceito durkheimiano envolvia uma variedade distinta e heterogênea de formas de conhecimento, o que concentrava uma grande parte da história intelectual da humanidade. Em Moscovici, a partir da psicossociologia do conhecimento, as representações sociais deveriam ser minimizadas a “uma forma específica de conhecimento, cuja função seria a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”⁽⁶⁸⁾, na vida cotidiana.

A concepção de Durkheim era bastante estática, isso estava associada possivelmente à estabilidade dos fenômenos cuja explicação havia sido proposta, mas não à plasticidade, mobilidade e circulação das representações contemporâneas emergentes⁽⁶⁸⁾.

As RC eram vistas, na sociologia durkheimiana, como dados, entidades explicativas absolutas, o que as caracterizavam como irredutíveis por qualquer análise posterior, e não como fenômenos que deveriam ser eles próprios explicados. A psicologia social, pelo contrário, segundo Moscovici, caberia penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos⁽⁶⁸⁾.

Para Moscovi⁽⁶⁹⁾ “toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas. Conjuntamente, uma representação social é a organização de imagens e linguagem, porque ela realça e simboliza atos e situações que nos são usuais tornando-os comuns”.

As Representações Sociais não são necessariamente conscientes porque elas constituem a naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos⁽⁶²⁾.

A TRS implica, fundamentalmente, numa articulação entre intersubjetividades e o coletivo na construção de um saber que não acontece apenas como um processo cognitivo, mas que envolve aspectos inconscientes, emocionais e afetivos, seja na produção ou na reprodução das representações sociais⁽⁷⁰⁾.

A teoria viabilizou um aspecto conceitual para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Toma como cerne o fato de que há formas distintas de conhecer e de se comunicar guiadas por objetivos diferentes⁽⁷¹⁾.

Moscovici⁽⁷²⁾ explicita que

A Teoria das Representações Sociais [...] toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e

imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade [...].

O conceito de Representação Social tem a vantagem de conceituar um fato empírico inequívoco, que traz em seu bojo valores, afetos e concepções, o que torna o conceito de atitude dispensável, pois este é sempre uma inferência a partir de verbalizações, de predisposições internas que mantêm relações tênues com comportamentos observados⁽⁷⁰⁾.

As Representações Sociais podem ser caracterizadas como

[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum [...] esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais⁽⁶³⁾.

Com a afirmação anterior, Jodelet⁽⁶³⁾ menciona as duas distintas classes de conhecimento partilhadas pelos seres humanos ao mesmo tempo em que compara aos universos de pensamento estabelecidos por Moscovici ao estudar as representações sociais: os universos consensuais e os universos reificados.

Os universos consensuais correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana, pelas quais são produzidas as Representações Sociais. São nesses universos que as “teorias” do senso comum se elaboram⁽⁶⁸⁾. Em um universo consensual, a sociedade é

vista como um grupo de pessoas idênticas e livres, cada qual com possibilidade de falar em nome do grupo e sob o seu augúrio⁽⁷²⁾.

Os universos reificados são aqueles identificados a partir do conhecimento científico. Num universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de distintos papéis e classes, em que os membros são desiguais. Portanto, somente a competência adquirida determina seu grau de participação⁽⁷²⁾.

As Representações Sociais se movem na direção da prática cotidiana, do interesse consensual do grupo e o universo reificado restrito a uma minoria técnico-científica em que se estabelece “verdades” com o propósito de nortear o pensamento de toda a sociedade.

Segundo Chamon⁽⁷³⁾, a dinâmica das Representações Sociais se manifesta a partir de dois aspectos: o da imagem (reprodução do real de maneira concreta) e do conceito (abstração do sentido do real, significação que corresponde à imagem do real).

A compreensão da dinâmica das Representações Sociais envolve a análise dos dois processos que intervêm na sua formação: a objetivação e a ancoragem⁽⁷³⁾. Esses processos “indicam a maneira como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social”⁽⁷³⁾.

5.1.1. Formação das representações sociais

Muitos são os elementos que podem explicar a gênese das Representações Sociais. Dentre os elementos que merecem uma atenção maior, destacam-se dois processos sociocognitivos que atuam, dialeticamente, na formação das Representações Sociais: a

objetivação e a ancoragem, e seus desdobramentos como o núcleo central e o sistema periférico⁽⁷⁴⁾.

De acordo com Moscovici⁽⁷²⁾ a objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade. A objetivação tem como premissa tornar concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma o conceito em objeto e os torna intercambiáveis. No processo de objetivação há uma substituição do conceito pelo o que é percebido^(64,75). 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 difundida como se fosse o real daqueles que a expressam⁽⁷⁴⁾.

A objetivação [...] transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o do seu quadro conceitual científico. Trata-se de privilegiar certas informações em detrimento de outras, simplificando-as, dissociando-as de seu contexto original de produção e associando-as ao contexto do conhecimento imagético do sujeito ou do grupo⁽⁷⁶⁾.

“Objetivar consiste em descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso [...]. Comparar é representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância”⁽⁷²⁾.

A ancoragem (o sistema periférico) “consiste no 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”⁽⁷⁴⁾.

Segundo Moscovici⁽⁷²⁾, a ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um

paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Está inerentemente associada à questão do enraizamento social da representação. Sua função é de realizar a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento preexistente. Destarte, os novos elementos de conhecimento são colocados numa rede de categorias mais familiares⁽⁷⁵⁾.

“Ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado⁽⁶⁴⁾”, significa classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas⁽⁷²⁾.

Portanto, a função das Representações Sociais é tornar familiar o não familiar numa dinâmica em que os objetos e eventos sejam reconhecidos e compreendidos com base em encontros anteriores e em modelos. O ato de representação transporta o que é estranho e perturbador do universo do meio externo para o interno, colocando-o em uma categoria e contexto conhecidos⁽⁶⁴⁾.

Nesta vertente, representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, assim, pela classificação do que é inclassificável, o fato de dar nome ao que antes não o tinha, somos capazes de imaginá-lo e representá-lo⁽⁷²⁾.

Segundo a TRS, classificar algo significa confinar a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a uma classe. Categorizar alguém ou algo significa escolher um dos paradigmas armazenados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele⁽⁷²⁾.

Portanto, é dada uma identidade social ao que não estava identificado. Classificar e dar nomes são dois aspectos dessa ancoragem das representações. Sistemas de classificação e de nomeação não são, simplesmente, meios de graduar e rotular pessoas ou objetos considerados entidades discretas. Seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões⁽⁷²⁾.

Os processos de objetivação e ancoragem são complementares, ainda que pareçam opostos, ao considerar que um busca e cria verdades óbvias para todos independentes de todo o determinismo social e psicológico, o outro se refere à intervenção de tais determinismos na formação e transformação dessas verdades. O primeiro cria a realidade em si, o segundo lhe dá significação^(73,75).

Desse modo, a Representação Social estabelecida por meio dos processos de objetivação e ancoragem é que pressupõe uma coerência epistemológica ao objeto representado, neste caso, o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, há uma transformação do complexo em simples (objetivação) e do estranho em familiar (ancoragem), sendo que ambas permitem uma inter-relação entre o novo e o desconhecido⁽⁷³⁾.

Portanto, a investigação das Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, remete-nos a um conhecimento particular do grupo estudado, elaborado a partir de seu conhecimento científico e suas experiências de vida num contexto sociocultural determinado.

6 – PRESSUPOSTOS

Os pressupostos iniciais foram elaborados a partir das minhas vivências como enfermeiro dos serviços de atenção básica, docente de curso de graduação em enfermagem e do resgate teórico realizado sobre o objeto de estudo desta tese. Com os elementos apontados anteriormente, estabeleci, inicialmente, os seguintes pressupostos:

- ✓ As representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da produção do cuidado em saúde mental ancoram-se exclusivamente no usuário com transtorno mental.

- ✓ O sentimento de medo e insegurança em lidar com os usuários com transtorno mental constitui-se em um entrave para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental nos cenários da atenção básica, especificamente, na Estratégia Saúde da Família. A formação deficitária na área de saúde mental dos enfermeiros pode ser considerada como uma das limitações para a produção do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família, isso pode contribuir para uma prática de encaminhamento desnecessária a outros serviços, o que representa uma falta de resolutividade e contribui para uma demanda reprimida em outros dispositivos de atenção psicossocial da rede.

7 – OBJETIVOS

7.1. Objetivo Geral

- ✓ Analisar as Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

7.2. Objetivos Específicos

- Investigar o significado atribuído pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família ao cuidado em saúde mental;
- Identificar a(s) possibilidade(s) e o(s) instrumento(s) utilizado(s) pelos enfermeiros em seus processos de trabalho para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental;
- Analisar as limitações para a produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

8 – PERCURSO METODOLÓGICO

Para Minayo⁽⁷⁷⁾ a metodologia é entendida como:

o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

8.1. Delineamento da pesquisa

Esta tese trata-se de uma pesquisa social. Esta pode ser conceituada como distintas formas de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica⁽⁶²⁾. A pesquisa social envolve um processo que por meio da metodologia científica, possibilita a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social⁽⁷⁸⁾.

No que tange à abordagem, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, em que foi utilizado o referencial metodológico do Estudo de Caso.

A abordagem qualitativa foi eleita por ser mais apropriada para responder aos objetivos desta pesquisa, uma vez que esta se apropria de métodos, técnicas e referenciais que permitiram apreender as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Portanto, a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como sendo uma tentativa de se explicar em profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas por meio de entrevistas, sem a mensuração quantitativa de características ou de

comportamentos⁽⁷⁹⁾. Explora as compreensões subjetivas das pessoas acerca de elementos inerentes à suas vidas cotidianas⁽⁸⁰⁾. Nesta vertente, Godoy⁽⁸¹⁾ afirma que em estudos de abordagem qualitativa um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual faz parte.

De acordo com Polit et al.⁽⁸²⁾ a pesquisa qualitativa tem sido sustentada por várias disciplinas diferentes e cada uma delas desenvolveu métodos mais adequados à abordagem de questões de interesse particular.

As pesquisas qualitativas são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas⁽⁶²⁾”.

Para Gil⁽⁸³⁾, as pesquisas exploratórias permitem uma aproximação com o problema, tornando-o explícito, buscando o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Possibilitam ao pesquisador ampliar sua experiência acerca de determinado problema. O investigador parte de um pressuposto e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica⁽⁸⁴⁾.

As pesquisas exploratórias investigam a natureza complexa de um fenômeno e outros fatores com os quais ela está relacionada. Assim, estas se destinam a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta⁽⁸⁵⁾.

Para Gil⁽⁸³⁾ os estudos descritivos possibilitam a descrição das características de dada população ou fenômeno e, em conjunto com os exploratórios são habitualmente desenvolvidas por pesquisadores sociais.

Alguns estudos descritivos são denominados estudos de casos. Estes estudos objetivam uma descrição profunda de determinada realidade. Neste tipo de estudo descritivo

não se pode fazer generalizações acerca do resultado, no entanto, o valor deste tipo de pesquisa está em fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade circunscrita em que os resultados alcançados possibilitam a formulação de pressupostos para o desenvolvimento de novos estudos⁽⁸⁴⁾.

Considerando o desenho ou delineamento metodológico desta pesquisa, o estudo de caso foi eleito, “por ser essa modalidade, um dos desenhos de pesquisa mais frequentes para a análise de experiências dos serviços e, por este modelo traduzir, de forma emblemática, a lógica científica da abordagem qualitativa”⁽⁶⁷⁾. Este recurso metodológico utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções acerca da situação, fenômeno ou episódio em questão⁽⁶²⁾.

Yin⁽⁸⁶⁾ afirma que este método consiste numa “investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”. Segundo Godoy⁽⁸¹⁾ o método toma como objeto de estudo uma unidade que se analisa profundamente. Tem como pressuposto o exame detalhado de certo ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular. O estudo de caso tem se constituído como estratégia de preferência quando os pesquisadores procuram responder as questões “como” e “por que” certos fenômenos ocorrem.

Para Lüdke e André⁽⁸⁷⁾ ao se construir uma pesquisa a partir do estudo de caso faz-se necessário que os pesquisadores tenham claro que o caso, neste contexto, deve ser bem delimitado. Mesmo que o caso tenha alguma semelhança com outro existente, este tem uma particularidade, um interesse próprio, por parte do pesquisador, assim, este se torna singular.

Segundo Yin⁽⁸⁶⁾, algumas habilidades são necessárias ao pesquisador que toma este recurso metodológico no desenvolvimento de uma pesquisa. São estas:

[...] deve ser capaz de formular boas questões – e interpretar as respostas.

[...] deve ser um bom ouvinte e não ser atrapalhado por suas próprias ideologias ou preconceitos.

[...] deve ser adaptável e flexível, para que situações novas possam ser vistas como oportunidades, não como ameaças.

[...] deve ter noção clara dos assuntos em estudo, mesmo no modo exploratório.

[...] deve ser imparcial sobre as noções preconcebidas, incluindo as derivadas da teoria. [...]

8.2. O trabalho de campo

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de um trabalho de campo, que de acordo com Minayo⁽⁷⁷⁾, constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa. Desse modo, o trabalho de campo tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. Não se pode pensar um trabalho de campo neutro, pois a forma de realizá-lo explicita as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los.

Neste contexto, de acordo com Marconi e Lakatos⁽⁸⁸⁾ a pesquisa de campo “é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, [...] ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”.

Para Minayo⁽⁶²⁾ o *campo* em pesquisa qualitativa é entendido como o recorte espacial que se refere à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação, que no caso desta pesquisa foram as USF, em particular, os

enfermeiros que se inserem nestes espaços. Existem diversas formas e técnicas de se desenvolver o trabalho em campo, um dos principais instrumentos desse tipo de trabalho é a entrevista, esta tem como matéria-prima a fala dos entrevistados⁽⁸⁹⁾.

Previamente à entrada do pesquisador responsável no campo para o início da coleta de dados, foram feitos contatos com os participantes da pesquisa, no intuito de estabelecer com estes uma rede de relações e planejar uma agenda de atividades posteriores⁽⁶²⁾.

A inserção do pesquisador no campo se deu por meio de visitas prévias às USF quando do primeiro contato com as enfermeiras que participaram da pesquisa.

8.2.1. Cenário da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista, situado na região sudoeste da Bahia, distante a 509 km da capital do estado. O município abriga a 20ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) constituída por 19 municípios.



Figura 1: Mapa do estado da Bahia e a localização do município de Vitória da Conquista. Disponível em: <http://s2.glbimg.com/FTQPqU3BI4_nMu82FHyUNTxcnrk=/s.glbimg.com/jo/g1/f/original/2013/08/05/mapa_conquista.jpg>

O território que hoje constitui o município de Vitória da Conquista, já foi habitado por povos indígenas Mongoyó, Ymboré e Pataxó. Os índios Mongoyó (ou Kamakan), Ymboré e Pataxó pertenciam ao mesmo tronco: Macro-Jê. Cada um deles tinha sua língua e seus ritos religiosos. Os Mongoyó costumavam fixar-se numa determinada área, enquanto os outros dois povos circulavam mais ao longo do ano⁽⁹¹⁾.

O município de Vitória da Conquista apresenta na estrutura dos serviços de saúde, vários equipamentos de saúde de atenção básica, sendo estes distribuídos entre policlínicas, UBS, USF e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Conta ainda, com equipamentos de saúde de média e alta complexidade, sendo estes representados por ambulatórios de especialidades e hospitais, gerais e especializados.

Dentre as USF da zona urbana, nove unidades abrigam duas equipes de saúde e cinco unidades funcionam com uma equipe. Portanto, o município conta com 23 equipes de saúde da família na zona urbana. O município dispõe de equipes de NASF que prestam apoio matricial as equipes de saúde da família. Destas, uma equipe oferece apoio matricial em saúde mental às equipes das UBS.

Em relação aos serviços de saúde mental, o município tem implantado três CAPS, sendo um CAPS ad (álcool e drogas), um CAPS II e um CAPS I (crianças e adolescentes).

O CAPS II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas conforme a organização da rede de saúde local e está indicado para os municípios com população superior a 70.000 habitantes⁽⁹²⁾.

Os serviços do CAPS ad atende adulto ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do

uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes⁽⁹²⁾.

O CAPS i atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes⁽⁹²⁾.

8.2.2. O caso

Nesta tese utilizou-se do estudo de caso único com distintas unidades de análise, podendo este ser representado por uma pessoa, um grupo, uma organização, um fenômeno⁽⁹³⁾. O caso foi um grupo de pessoas, ou seja, os enfermeiros das diferentes equipes de saúde da família da zona urbana do município de Vitória da Conquista-Ba.

Assim, dos 23 enfermeiros que se encontram inseridos nas equipes de saúde da família, 19 integraram esta pesquisa. A seguir são apresentados dados que caracterizam o quantitativo de usuários/famílias sob a responsabilidade dos enfermeiros das equipes de saúde da família da zona urbana. Os dados foram extraídos do relatório SIAB, por meio do consolidado das famílias referente ao mês de outubro de 2013. Estes estão apresentados por segmento/área geográfica de localização no município:

Tabela 1: Caracterização das unidades de saúde da família da zona urbana de Vitória da Conquista-Ba, cenário de atuação das enfermeiras participantes da pesquisa, segundo o número de usuários, 2013.

Segmento	USF	Famílias cadastradas	N. de pessoas
Noroeste	Nossa Senhora Aparecida	1.404	5.076
Noroeste	Bruno Bacelar	1.532	5.780
Noroeste	Vila Serrana II	1.542	5.771
Noroeste	Miro Cairo	2.047	7.403
Noroeste	Urbis V - I	1.716	6.543
Noroeste	Urbis V- II	1.676	6.603
Sudoeste	Recanto das Águas	1.267	4.721
Sudoeste	Jardim Valéria - I	1.178	4.418
Sudoeste	Jardim Valéria - II	894	3.400
Sudoeste	CSU - I	1.338	4.548
Sudoeste	CSU - II	1.645	5.987
Sudoeste	Conveima - I	1.851	6.835
Sudoeste	Nelson Barros - I	1.732	6.813
Sudoeste	Nelson Barros - II	2.070	8.028
Sudoeste	Patagônia	1.336	4.673
Sudeste	Nestor Guimarães - I	1.474	5.318
Sudeste	Nestor Guimarães - II	1.608	6.632
Sudeste	Urbis VI - I	1.779	6.861
Sudeste	Urbis VI - II	1.922	7.171

Fonte: Relatório SIAB, outubro de 2013.

Na tabela anterior não constam duas equipes pertencentes à USF Pedrinhas, localizada no segmento/área geográfica nordeste do município, cujos enfermeiros participaram do caso-piloto como recurso necessário na fase inicial da coleta de dados com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados empregado neste estudo, sendo estes enfermeiros excluídos da amostra final do estudo.

Não aparecem também na tabela anterior as equipes: Conveima II e Vila Serrana I, uma vez que os enfermeiros destas equipes não se encontravam nas USF no período de coleta de dados, um encontrava-se em afastamento para tratamento de saúde e o outro em período de férias.

A partir das características da população pertencente às equipes de saúde da família, observei que os enfermeiros participantes deste estudo lidam com um número de usuários/famílias muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, com exceção da equipe da USF Jardim Valéria II que tem em sua área adstrita um quantitativo inferior a 4.000 habitantes, no entanto, isso não pode ser visto como ideal, uma vez que a referida USF se localiza em uma região cujas famílias apresentam elevada vulnerabilidade social.

A seguir apresento o número de usuários por doenças/condições referidas constante da ficha A do SIAB, referente ao mês de outubro de 2013. Estes dados permitiram conhecer o perfil de adoecimento da população da área adstrita das equipes de saúde da família, sendo este um instrumento para o planejamento e implantação de estratégias para a produção do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família. As siglas usadas nos quadros a seguir significam: ALC – alcoolismo, CHA – doença de Chagas, DEF – deficiência, DIA – diabetes mellitus, DME – doença mental, EPI – epilepsia, HA – hipertensão arterial, MAL – malária, TB – tuberculose e GES – gestante.

Quadro 1: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nossa Senhora Aparecida, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	10 - 19	4
15 e +	28	-	68	80	-	4	508	1	-	2	20 e +	41
Total	28	-	80	80	-	4	508	1	-	2	Total	45

Quadro 2: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Bruno Bacelar, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	8	-	-	1	-	-	-	-	10 - 19	4
15 e +	14	-	59	87	-	10	396	1	-	-	20 e +	31
Total	14	-	67	87	-	11	396	1	-	-	Total	35

Quadro 3: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Vila Serrana II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	10 - 19	9
15 e +	12	2	58	87	-	10	498	-	1	2	20 e +	34
Total	12	2	63	87	-	10	498	-	1	2	Total	43

Quadro 4: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Miro Cairo, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	14	1	-	2	-	-	-	-	10 - 19	7
15 e +	51	-	76	109	-	16	631	1	-	-	20 e +	63
Total	51	-	90	110	-	18	631	1	-	-	Total	70

Quadro 5: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis V-I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	4	2	-	1	-	-	-	-	10 - 19	2
15 e +	19	-	58	147	-	9	672	1	-	-	20 e +	28
Total	19	-	62	149	-	10	672	1	-	-	Total	30

Quadro 6: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis V-II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	10	1	-	-	2	-	-	-	10 - 19	3
15 e +	17	1	56	131	-	6	648	-	-	-	20 e +	60
Total	17	1	66	132	-	6	650	-	-	-	Total	63

Quadro 7: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Recanto das Águas, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	10 - 19	8
15 e +	26	-	55	59	-	10	330	2	-	2	20 e +	33
Total	26	-	65	59	-	10	331	2	-	2	Total	41

Quadro 8: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Jardim Valéria - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	6	-	-	3	-	-	-	-	10 - 19	12
15 e +	35	-	46	77	-	19	387	1	-	2	20 e +	60
Total	35	-	52	77	-	22	387	1	-	2	Total	72

Quadro 9: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Jardim Valéria - II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	4	-	-	-	-	-	-	1	10 - 19	4
15 e +	20	-	38	50	-	6	301	-	-	-	20 e +	23
Total	20	-	42	50	-	6	301	-	-	1	Total	27

Quadro 10: Número de usuários por doenças/condição referida na USF CSU - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-	10 - 19	1
15 e +	8	1	42	133	-	5	667	-	-	-	20 e +	34
Total	8	1	45	133	-	7	667	-	-	-	Total	35

Quadro 11: Número de usuários por doenças/condição referida na USF CSU - II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	7	-	-	1	-	-	-	-	10 - 19	2
15 e +	30	2	80	159	-	8	774	1	-	-	20 e +	46
Total	30	2	87	159	-	9	774	1	-	-	Total	48

Quadro 12: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Conveima - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	6	2	-	1	1	-	-	-	10 - 19	11
15 e +	35	1	110	128	-	12	646	1	-	1	20 e +	42
Total	35	1	116	130	-	13	647	1	-	1	Total	53

Quadro 13: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nelson Barros - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	11	-	-	4	2	-	-	-	10 - 19	15
15 e +	15	1	97	138	-	20	592	-	-	-	20 e +	84
Total	15	1	108	138	-	24	594	-	-	-	Total	99

Quadro 14: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nelson Barros - II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	16	-	-	2	1	-	-	-	10 - 19	3
15 e +	17	1	105	128	-	12	743	-	-	-	20 e +	48
Total	17	1	121	128	-	14	744	-	-	-	Total	51

Quadro 15: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Patagônia, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	10 - 19	2
15 e +	13	-	25	121	-	14	466	61	-	-	20 e +	30
Total	13	-	33	121	-	14	466	61	-	-	Total	32

Quadro 16: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nestor Guimarães - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	4	-	-	2	-	-	-	-	10 - 19	4
15 e +	8	1	38	130	-	15	595	1	-	-	20 e +	38
Total	8	1	42	130	-	17	595	1	-	-	Total	42

Quadro 17: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Nestor Guimarães - II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	10 - 19	4
15 e +	26	-	70	129	-	11	676	9	-	-	20 e +	33
Total	27	-	73	129	-	12	676	9	-	-	Total	37

Quadro 18: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis VI - I, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	6	-	-	1	-	-	-	-	10 - 19	5
15 e +	21	-	58	159	-	6	720	1	-	-	20 e +	34
Total	21	-	64	159	-	7	720	1	-	-	Total	39

Quadro 19: Número de usuários por doenças/condição referida na USF Urbis VI - II, Zona Urbana, Vitória da Conquista-BA, 2013.

DOENÇAS REFERIDAS											CONDIÇÃO REFERIDA	
Grupo Etário (anos)	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB	Grupo Etário (anos)	GES
0 -14	-	-	14	3	-	2	-	-	-	-	10 - 19	5
15 e +	6	1	53	126	-	3	652	-	-	2	20 e +	56
Total	6	1	67	129	-	5	652	-	-	2	Total	61

Sobre o quantitativo das doenças referidas pelos usuários no momento do cadastramento das famílias, constata-se que há um quantitativo significativo de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus, o que corrobora com outras realidades do país.

Na vertente saúde mental, objeto de estudo desta pesquisa, chama a atenção a ausência de usuários com transtornos mentais cadastrados na coluna DME no relatório de todas as equipes.

8.3. Composição amostral e coleta de dados

Segundo Turato⁽⁵⁷⁾ a palavra amostra significa uma porção, um pedaço, um fragmento, os quais são apresentados para demonstrar propriedades da natureza ou qualidade de algo. Em pesquisas científicas amostra significa selecionar uma parcela, segundo uma determinada conveniência, sendo extraída de uma população de sujeitos.

Em pesquisa, o termo população ou universo significa a totalidade de pessoas que habita uma determinada área geográfica, ou o conjunto de elementos que compõem o objeto de estudo⁽⁷⁹⁾.

8.3.1. Amostra da pesquisa

Participaram da pesquisa, 19 enfermeiros que atuavam nas equipes de saúde da família da zona urbana do município de Vitória da Conquista, Bahia, no momento da coleta dos dados. Em relação à amostra Fontanella e Turato⁽⁹⁴⁾ apontam que em estudos de abordagem qualitativa a representação estatística em relação ao universo dos sujeitos, não é fator essencial.

A determinação do fechamento amostral nesta pesquisa se deu pelo critério de exaustão, sendo este tipo de amostra determinada pela inclusão de todos os indivíduos disponíveis para participarem da pesquisa⁽⁹⁵⁾, no caso desta pesquisa fizeram parte da amostra 19 enfermeiros.

Duarte⁽⁹⁶⁾ afirma que à medida que se colhem os depoimentos, por meio das entrevistas, são levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, a depender da quantidade e da qualidade delas, o material de análise torna-se cada vez mais consistente e denso.

De acordo com Minayo⁽⁶²⁾, a amostra qualitativa ideal é aquela que possibilita refletir a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Para ela, o processo de definição da amostra qualitativa deve levar em consideração os seguintes aspectos:

(a) investir em instrumentos que permitam a compreensão de diferenciações internas e de homogeneidade; (b) assegurar que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contendam o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa; (c) privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (d) definir claramente o grupo social mais relevante, ou seja, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa. [...]; (f) trabalhar num processo de inclusão progressiva das descobertas do campo, confrontando-as com as teorias que demarcam o objeto; (g) nunca desprezar informações ímpares e não repetidas, cujo potencial explicativo acabam por ser importantes [...]; (h) considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade das informações; (i) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido [...]⁽⁶²⁾.

Desse modo, nesta pesquisa qualitativa, a minha primeira preocupação não esteve associada à representatividade numérica do grupo a ser pesquisado, mas, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social⁽⁹⁷⁾, neste caso, as representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca do cuidado em saúde mental produzido no cenário destes serviços.

8.3.1.1. Critérios de inclusão

Os participantes desta pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Atuar no mínimo há três meses na Estratégia Saúde da Família
- ✓ Atuar em USF da zona urbana
- ✓ Estar em exercício profissional no período de coleta de dados

8.3.2. Coleta dos dados

Num primeiro momento fiz a identificação das USF e dos enfermeiros que nelas atuavam, para tanto, me desloquei até as USF no intuito de apresentar a proposta da pesquisa e verificar a disponibilidade e o interesse por parte de cada um dos enfermeiros em participar do estudo. Saliento que a coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da anuência dos enfermeiros, como apontado *a posteriori*, nos aspectos éticos e legais da pesquisa.

Nessas visitas eram agendados os dias e os horários em que as entrevistas seriam realizadas. Para a coleta de dados desta pesquisa, foi empregada a técnica de entrevista individual semiestruturada. Para sua realização, me utilizei de um instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) constituído de duas partes, sendo a primeira composta de informações que me possibilitou fazer a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes da pesquisa e a segunda parte formada por questões abertas referentes ao objeto de estudo.

Previamente ao início da coleta dos dados oficiais para a concretização deste estudo, desenvolvi um estudo de caso-piloto do qual fizeram parte, dois enfermeiros que se

enquadravam nos critérios de inclusão já mencionados anteriormente. Os dados oriundos deste estudo de caso-piloto me permitiu testar a precisão do instrumento de coleta de dados, o que contribuiu significativamente para tornar mais nítida a lista de temas e aspectos a serem discutidos durante o trabalho de campo⁽⁶²⁾.

Portanto, o estudo de caso-piloto teve como proposta me auxiliar a refinar os planos de coleta de dados em relação ao conteúdo dos dados e aos procedimentos a serem seguidos. Saliento que um teste-piloto não é considerado um pré-teste. O caso-piloto é mais formativo, o que me possibilitou elaborar linhas relevantes de questões, o que proporcionou até mesmo algum esclarecimento conceitual ainda na fase de projeto de pesquisa⁽⁸⁶⁾.

Após a realização do estudo de caso-piloto foi feita a validação do instrumento utilizado para coleta de dados a partir dos dados coletados. Submeti os dados à validação interna e externa. A validação interna ou intrapessoal contribuiu para que se estabelecesse um rigor para a apreensão dos fenômenos e me desse como autor da pesquisa o atributo de verdade, ou seja, que estivesse em conformidade com o real, graças à função e ao poder adequados do pesquisador, dos recursos gerais e dos instrumentos auxiliares da pesquisa. A validação externa ou interpessoal⁽⁵⁷⁾ se deu por meio da avaliação e discussão dos dados, pelo orientador do projeto de pesquisa, pelos integrantes do Núcleo de Pesquisas e Estudos Qualitativos em Saúde (NUPEQS) da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da UNICAMP, bem como no exame de qualificação ainda na fase de projeto de pesquisa. Segundo Turato⁽⁵⁷⁾, o processo de validação é necessário, uma vez que este se constitui como fundamental para a determinação da credibilidade dos achados do estudo.

8.3.2.1. Sobre as entrevistas

A entrevista como técnica de coleta de dados, não se trata de um simples diálogo, mas, de uma discussão orientada para um objetivo definido, que por meio de um interrogatório, leva o informante a discorrer sobre temas específicos, resultando nos dados que serão analisados na pesquisa⁽⁹⁸⁾. É bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam sentem⁽⁷⁸⁾.

Trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de dados cujo objetivo é compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador⁽⁹⁸⁾. Na entrevista, o conteúdo é produzido por meio de respostas dadas, às vezes, sem muita reflexão. A fala é elaborada como síntese de diversas experiências que o entrevistado mesmo seleciona e interpreta no exato momento em que é interrogado⁽⁹⁸⁾.

A entrevista pode ser classificada, segundo o nível de estruturação e roteiro de questões utilizadas. Desse modo, neste estudo empreguei a técnica de entrevista semiestruturada. De acordo com Polit et al.⁽⁹⁹⁾ as entrevistas semiestruturadas ou denominadas enfocadas são empregadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. A função do entrevistador é a de estimular os participantes a falar livremente sobre os tópicos que constituem o roteiro. Elas partem de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e pressupostos, que interessam à pesquisa, e que, a seguir, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novos pressupostos que emergem à medida que se recebem as respostas do entrevistado⁽⁸⁴⁾.

Para Boni e Quaresma⁽¹⁰⁰⁾

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base numa estrutura livre, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, neste caso, o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, pelo menos no início, e partir da qual o entrevistado ou entrevistador podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes⁽¹⁰¹⁾.

Das 19 entrevistas realizadas, 18 aconteceram na própria USF onde os enfermeiros atuavam, apenas uma foi realizada no Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) por decisão do participante do estudo. Todas as entrevistas foram desenvolvidas em dias e horários previamente combinados entre pesquisado e enfermeiros, no entanto, com quatro enfermeiros as datas precisaram ser reagendadas devido aos compromissos dos mesmos, sendo que com um enfermeiro a entrevista foi remarcada por três vezes.

Os dados foram gravados por meio da utilização de um gravador digital portátil. A gravação dos dados possibilitou a obtenção de todo o material que o entrevistado forneceu ao mesmo tempo em que o processo de transcrição permitiu identificar ideias e percepções dos entrevistados⁽⁸⁴⁾.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre fevereiro e abril de 2013. Após o término de cada entrevista o pesquisador realizou a transcrição das mesmas, momento este que já possibilitava a análise prévia dos dados.

O tempo de duração das entrevistas foi variável e duraram em média 20 minutos, no entanto, minha preocupação como pesquisador não esteve atrelada à duração das mesmas, mas, em possibilitar que as entrevistadas ficassem à vontade para relatarem suas percepções no intuito de responderem os objetivos desta pesquisa.

Nesta vertente, a duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e o teor do assunto em estudo, no entanto, uma entrevista que se prolongue muito, sobretudo além de trinta minutos se torna repetitiva e se empobrece consideravelmente⁽⁸⁴⁾.

8.4. Análise dos dados

Para análise dos dados colhidos a partir das entrevistas, optei pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. A análise de Conteúdo consiste de:

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⁽¹⁰²⁾.

A Análise de Conteúdo foi empregada para realizar a análise dos significados e dos significantes⁽¹⁰²⁾. “A noção de tema, largamente utilizada em Análise Temática é característica da Análise de Conteúdo”⁽¹⁰²⁾.

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito [...] podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base⁽¹⁰²⁾.

A noção de TEMA, segundo Minayo⁽⁶²⁾ está relacionada a uma afirmação acerca de determinado assunto. Comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.

Portanto, a Análise Temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que formam uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido^(62,102).

Para a Análise Temática dos dados, optei por seguir as etapas propostas por Minayo⁽⁶²⁾. Segundo a proposta desta autora a Análise Temática desdobra-se nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Estas serão abordadas segundo a forma como foi aplicada nesta pesquisa.

A pré-análise consistiu na fase de organização, tendo como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, no intuito de estabelecer um plano de análise. Esta fase apresenta três dimensões: a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses² e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A pré-análise, segundo Minayo⁽⁶²⁾ pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante requer do pesquisador um contato direto e intenso com o material levantado no campo de modo a deixar-se impregnar pelo seu conteúdo⁽⁶²⁾. Foi necessária a realização de várias leituras flutuantes dos dados coletados. Desse modo, mantive um contato exaustivo com o material, o que me permitiu impregnar-me pelo conteúdo. A leitura exacerbada repetidamente e de forma sequencial de cada entrevista me possibilitou identificar as unidades de registro que deram significado às questões que nortearam este estudo.

A constituição do *corpus* se refere ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade (que o material coletado contemple todos os aspectos inseridos nos roteiros), representatividade (que contenha as características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (obediência a critérios precisos de escolha acerca dos temas e técnicas usadas) e pertinência (adequação dos documentos analisados no intuito de responder aos objetivos do trabalho)⁽⁶²⁾. Neste momento organizei o material de forma que este pudesse responder as normas de validade apresentadas. Os dados empíricos foram agrupados, levando-se em conta as distintas percepções das enfermeiras participantes do estudo.

² Na tese foi mantido o termo da forma como foi empregado na obra citada, no entanto, salvo estas exceções o autor optou pelo termo **pressuposto**, uma vez que este se torna mais apropriado nos estudos exploratórios, como no caso deste. Consultar Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 180-181.

A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos é uma das tarefas da pré-análise e consiste na retomada da etapa exploratória, que tem como cerne a leitura exaustiva dos dados coletados. É nesse momento que se identificam as unidades de registro (palavra-chave ou frase)⁽⁶²⁾. Portanto, realizei a análise e avaliação entre os pressupostos iniciais e os emergentes.

A fase pré-analítica representa o momento em que foram determinadas as unidades de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a forma de codificação e os conceitos mais gerais que orientaram a análise. Para tanto elaborei um quadro com as unidades de registro identificadas em cada uma das entrevistas e suas possíveis ancoragens e objetivação, os temas e pré-categorias (Apêndice 3).

A exploração do material consistiu numa operação classificatória⁽⁶²⁾, foi uma fase considerada fastidiosa e representada essencialmente pela codificação dos dados. “A codificação é o processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, o qual permitiu uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”⁽¹⁰²⁾.

Após o processo de codificação dos dados, durante a exploração do material, realizei o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Para tanto, neste momento foi feito o processo de categorização. A categorização consiste numa operação de classificação de elementos, neste caso, a categorização foi feita a partir das unidades identificadas quando da realização da codificação.

As categorias são conceitos classificatórios e consistem de termos dotados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma estruturada. Desse modo, todo ser humano classifica a sociedade e os fenômenos que experimenta⁽⁶²⁾.

A categorização tem como objetivo primeiro oferecer por meio de condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. As categorias construídas nesta tese foram não apriorísticas o que indica que as mesmas emanaram do contexto das respostas dos participantes do estudo.

Distintas categorias foram se conformando à medida que a análise do texto se processava, entretanto, após o término dessa etapa realizei um reagrupamento destas o que deu origem a configuração final das categorias e subcategorias temáticas.

Nesta etapa fiz inferências e interpretações no intuito de construir uma inter-relação com o quadro teórico delineado inicialmente, sendo possível identificar outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

Contudo, reconheço a impossibilidade de se trabalhar com tudo o que foi captado pelas entrevistas em campo. Sobre esta situação corroboro com Turato⁽⁵⁷⁾ ao afirmar que:

[...] se o autor se dispuser a discutir tudo, o trabalho de tese não terá fim, ou não será uma tese, mas, um tratado científico [...] e que numa tese de pós-graduação, o pesquisador deve pôr em relevo só o que vai dar conta de discutir a fundo, e aquilo mais precisamente ligado a seus pressupostos iniciais ou eventualmente a outro ponto novo que se desenhou durante o percurso da pesquisa.

8.4.1. Sobre a apresentação dos recortes temáticos

Na apresentação e discussão das categorias temáticas, os recortes temáticos empregados correspondem às falas das enfermeiras. Alguns vícios de linguagem foram suprimidos com o intuito de melhorar o estilo linguístico do texto oriundo das falas das participantes do estudo, no entanto, manteve palavras que pudessem apresentar um significado próprio acerca do cuidado em saúde mental.

Os fragmentos das falas dos enfermeiros participantes foram identificados com uma letra e um número, por exemplo, E12, dos quais a letra E significa enfermeiro e o número, a sequência em que as entrevistas foram realizadas.

[...] depois dessa questão da desinstitucionalização eu achei que a família ficou muito perdida no meio disso tudo, porque na verdade não foi ensinado à família cuidar desses pacientes [...] (E12).

Portanto, o exemplo anterior representa um fragmento extraído da fala do 12º enfermeiro entrevistada.

8.5. Aspectos éticos e legais

O desenvolvimento desta pesquisa respeitou as recomendações éticas em pesquisas que envolvem seres humanos e o código de ética dos profissionais de enfermagem.

A Resolução 196 de 1996 revogada pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) define pesquisa com seres humanos como aquela "que, individual ou coletivamente, envolve o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais"⁽¹⁰³⁾.

Segundo Araújo⁽¹⁰⁴⁾, o conceito imediatamente anterior é muito relevante, uma vez que, não restringe o conceito de pesquisa com seres humanos apenas àquelas realizadas nas ciências da saúde. Inclui toda modalidade de pesquisa que direta ou indiretamente envolva seres humanos [...].

Em relação ao código de ética dos profissionais de enfermagem, sem eu capítulo III - Do ensino, da pesquisa e da produção científica os profissionais de enfermagem tem como responsabilidades e deveres:

Art. 89 atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação.

Art. 90 interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

Art. 91 respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação de seus resultados.

Art. 92 disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Art. 93 promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, pesquisa e produções técnico-científicas⁽¹⁰⁵⁾.

Atendendo aos pressupostos éticos em pesquisa, o projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista-BA, sendo autorizada a coleta de dados. Posteriormente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul (FUNEC) para apreciação, de acordo com as determinações da Resolução CNS 196/1996 substituída pela Resolução 466 de dezembro de 2012, tendo este recebido parecer de aprovação, na reunião do mencionado CEP, em 29 de novembro de 2011, sob número de protocolo 118/2011 (Anexo 1).

A coleta dos dados, inclusive àqueles referentes ao estudo de caso-piloto, somente foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e da anuência e assinatura do TCLE (Apêndice 2) pelos participantes da pesquisa.

9 – RESULTADOS

Previamente à apresentação dos resultados da pesquisa aponto o perfil sociodemográfico dos 19 participantes do estudo, identificado a partir da primeira parte do instrumento de coleta de dados.

Quanto ao sexo, 100% da amostra é do sexo feminino³, fato de certa forma esperado pela grande predominância de potencial de trabalho feminino na profissão. Esta característica também foi percebida na caracterização da amostra de outros estudos em que se constatou a predominância do sexo feminino no trabalho de enfermagem⁽¹⁰⁶⁻¹¹⁰⁾.

O grupo etário das participantes da amostra estudada oscilou entre 24 e 43 anos, com média de 33,5 anos de idade. Em relação ao tempo de atuação nos serviços da Estratégia Saúde da Família, a enfermeira com menor tempo está inserida nos serviços há três meses e a com maior tempo atua em saúde da família há 15 anos. O período de atuação não se restringe exclusivamente aos serviços de saúde da família do município cenário do estudo. A enfermeira com menor tempo de graduação concluiu o curso de enfermagem em 2011 e a que apresenta um tempo maior de formação finalizou o curso em 1996.

Das 19 enfermeiras, 17 (89,5%) se formaram em Instituições de Ensino Superior (IES) do estado da Bahia. Essas IES estão localizadas na capital, regiões sudoeste e sul do estado. Destas 8 (47%) cursaram enfermagem em IES privada e 9 (52,9%) estudaram em IES estadual ou federal e 2 (10,5%) cursaram enfermagem em outro estado, sendo uma no interior de São Paulo em IES privada e a outra pública federal, no estado do Rio de Janeiro.

Sobre a religião ou religiosidade identifiquei que 9 (47,4%) enfermeiras referiram serem da religião Católica Apostólica Romana, 3 (15,8%) se referiram evangélicas, 3 (15,8%) se disseram espíritas, 3 (15,8%) informaram não ter nenhuma religião/religiosidade e apenas 1 (5,2%) mencionou ser cristã e não ter uma religião específica.

³ A partir dos resultados será empregado o termo enfermeira ao me referir às participantes do estudo e o termo enfermeiro ao me referir de forma genérica à categoria profissional.

Quando as enfermeiras foram questionadas sobre sua participação em algum curso de formação específico em saúde mental, 16 (84,2%) referiram ter participado de um curso de 40 horas oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, cujo objetivo foi sensibilizar os trabalhadores da equipe de saúde da família a respeito da abordagem em saúde mental no contexto dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Apenas 3 (15,8%) enfermeiras não participaram do referido curso.

Sobre ter atuado profissionalmente em saúde mental ou com pessoas com transtornos mentais, em outro cenário distinto da Estratégia Saúde da Família, 18 (94,7%) das enfermeiras disseram que não, apenas 1 (5,3%) mencionou que atuou como supervisora de aulas práticas em hospital psiquiátrico, na disciplina de enfermagem psiquiátrica de um curso Técnico em Enfermagem.

A maioria das enfermeiras, 18 (94,7%) já cursou algum curso de pós-graduação *lato sensu* (especialização), destas, 12 (66,6%) cursaram saúde coletiva ou saúde da família e apenas 1 (5,3%) enfermeira não possuía especialização. Este número corrobora com o perfil dos enfermeiros que atuavam nos serviços de saúde da família em um município do Piauí⁽¹⁰⁸⁾. É importante salientar que nas matrizes desses cursos, geralmente, existe um módulo que discute saúde mental no campo da saúde coletiva. Ainda sobre a especialização, 7 (36,8%) enfermeiras cursaram mais de um curso, sendo um deles direcionado à atenção básica e o outro voltado à atenção hospitalar, por exemplo, enfermagem em emergência, enfermagem em UTI ou em centro cirúrgico.

Sobre a formação na modalidade aperfeiçoamento ou capacitação, nove (47,36%) enfermeiras já participaram de algum curso, em sua maioria, associados a temas específicos dos programas da atenção básica, sendo estes: abordagem sindrômica para o manejo das

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), planejamento familiar, ações de imunização, de vigilância epidemiológica ou de saúde da criança.

Das 19 enfermeiras entrevistadas, 6 (31,6%) mencionaram ter outro vínculo empregatício, este número corrobora com o resultado encontrado no estudo realizado pelo Ministério da Saúde, cuja proposta foi identificar o perfil de enfermeiros que atuavam nos serviços de saúde da família⁽¹¹¹⁾.

No intuito de facilitar a visualização dos dados apresentados anteriormente acerca da caracterização da amostra estudada, encontra-se a seguir no quadro 1, o perfil sociodemográfico das participantes do estudo.

Quadro 20 – Caracterização sociodemográfica das enfermeiras participantes do estudo, Vitória da Conquista, BA, 2013.

Legenda: E = Entrevista; F = Feminino; a = ano(s); m = meses; IMSUFBA = Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista; FTC = Faculdade de Tecnologia e Ciência, Vitória da Conquista; UESB = Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié; UFBA = Universidade Federal da Bahia, Salvador; UCSAL = Universidade Católica de Salvador; UESC = Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus; AB = Atenção Básica; UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Categorização	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Idade	24a	36a	37a	27a	37a	43a	27a	40a	29a	35a
Tempo na Função	1a3m	3a	14a	2a	12a	4m	6m	16a	2a	13a
Ano de Formação	2011	2009	1998	2008	2000	2008	2009	1996	2008	1998
Instituição de Formação	IMS UFBA	FTC	UESB	FTC	UFBA	FTC	FTC	UCSAL	FTC	UCSAL
Religião - Religiosidade	Católica	Católica	Espírita	Evangélica	Não	Cristã	Católica	Católica	Não	Espírita
Formação em Saúde Mental	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Emergências Psiquiátricas	Não	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB
Experiência profissional em Saúde Mental em outro contexto	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Curso de Especialização	Não	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva e Enfermagem Obstétrica	Saúde da Família	Saúde Coletiva	Enfermagem do Trabalho e Emergência	Enfermagem em Emergência	Enfermagem Obstétrica	Saúde da Família	Enfermagem do Trabalho
Outro Curso de Aperfeiçoamento	Não	Não	AIDPI Abordagem Sindrômica	Imunização e Abordagem Sindrômica	Educação em Saúde	Capacitação em UTI	Imunização e Suporte Básico de Vida	Imunização, AIDPI e abordagem Sindrômica	Emergência, Feridas e Curativos e Suporte Avançado de Vida	Imunização, AIDPI e Vigilância Epidemiológica
Outro(s) Vínculo(s) Empregatício(s)	Não	Não	Sim (Hospital)	Não	Sim (Hospital)	Não	Não	Não		Não

Categorização	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Idade	38a	37a	31a	40a	29a	36a	36a	33a	37a
Tempo na Função	11a	15a	3m	8a	4a	7a	6a	2a6m	11a
Ano de Formação	1999	1998	2008	1997	2008	2004	1998	2004	1998
Instituição de Formação	UESB	UESC	FTC	UESB	UESB	UNIMAR	UERJ	UESC	UESB
Religião - Religiosidade	Espírita	Não	Católica	Evangélica	Católica	Católica	Evangélica	Católica	Católica
Formação em Saúde Mental	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Abordagem em álcool e drogas	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB	Saúde Mental na AB
Experiência profissional em Saúde Mental em outro contexto	Não	Supervisão de aulas práticas em Hospital Psiquiátrico	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Curso de Especialização	Saúde Coletiva e Formação Pedagógica em Saúde	Auditoria em Serviços de Saúde, Enfermagem em UTI e Saúde da Família	Saúde Coletiva	Saúde da Família, Saúde Coletiva e Enfermagem em UTI	Enfermagem em Emergência	Saúde da família e Enfermagem em Emergência	Saúde Coletiva e Enfermagem em UTI Neonatal	Saúde da Família	Enfermagem em Centro Cirúrgico
Outro Curso de Aperfeiçoamento	Primeiros Socorros, Planejamento Familiar, Imunização e UTI	Abordagem sobre álcool e drogas	Abordagem Síndrômica, Imunização e Vigilância Epidemiológica	Não	AIDPI e UTI Neonatal	Não	Não	Aperfeiçoamento em Envelhecimento	Abordagem Síndrômica e Saúde da Mulher
Outro(s) Vínculo(s) Empregatício(s)	Sim (Hospital)	Sim, mais dois vínculos (Hospital)	Não	Sim (Hospital)	Não	Não	Não	Sim (Hospital)	Não

A segunda parte do instrumento de coleta de dados foi composta de questões abertas que serviram para nortear as entrevistas, cuja finalidade foi identificar as Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

A partir da análise dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade de Análise Temática, foi possível identificar as unidades de registro. Estas foram agregadas segundo a unidade contexto e depreenderam as categorias e subcategorias temáticas que estão apresentadas a seguir, no quadro 21.

Quadro 21 - Categorias temáticas e subcategorias, depreendidas a partir da Análise de Conteúdo Temática dos dados obtidos por meio de entrevistas, 2013.

Categoria 1 – O trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família	➤ Organização do trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família ➤ As ações desenvolvidas pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família
Categoria 2 – O cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: percepções das enfermeiras	➤ Significados sobre o cuidado em saúde mental ➤ Possibilidades e instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental ➤ Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental
Categoria 3 – A rede de atenção em saúde mental	➤ (Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental;

10 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a construção da discussão dos resultados levei em conta a necessidade do entendimento do objeto de estudo a partir de uma abordagem mais aberta, o que garantiu, no momento da coleta dos dados, condições favoráveis para que as participantes desta pesquisa pudessem expressar ideias, comportamentos, atitudes, de acordo com a tendência ou orientação específica singular e suas experiências acerca do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

Deste modo, a Teoria das Representações Sociais é capaz de identificar diferentes aspectos nos quais se ancoram o cuidado em saúde mental, como fenômeno, e como produção de conhecimentos atribuídos a este⁽¹¹²⁾, o que me possibilitou reconhecer percepções diversificadas. Portanto, como já mencionado no referencial teórico da presente pesquisa, “a representação é fundamentalmente, um sistema de classificação, de denotação, de alocação das categorias e nomes”⁽⁷²⁾, as quais serão discutidas a seguir.

10.1. CATEGORIA TEMÁTICA 1 – O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na tentativa de identificar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, num primeiro momento, busquei conhecer como está organizado o trabalho da enfermeira e apreender quais são as ações que as participantes deste estudo desenvolvem, no sentido de identificar algum elemento ou ação que pudesse representar o cuidado em saúde mental.

A identificação da organização do trabalho da enfermeira, bem como, as ações desenvolvidas por estas consistiram num elemento importante no sentido de correlacionar ou não evidências do cuidado em saúde mental em seus processos de trabalho. Saliento que

embora a análise do processo de trabalho do enfermeiro na saúde da família não seja um dos objetivos desta tese, este foi tomado como relevante para introduzir a discussão sobre as representações sociais que as enfermeiras participantes deste estudo apresentaram sobre o cuidado em saúde mental.

O trabalho da enfermeira foi tomado como ponto de partida na busca por suas representações sociais acerca do cuidado em saúde mental. O trabalho decorre das necessidades do ser humano. Além das necessidades referentes à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico, o ser humano, por se constituir num ser social, necessita atender a uma gama de necessidades para viver⁽¹¹³⁾.

O trabalho é entendido como “[...] fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida [...]”⁽¹¹⁴⁾.

O processo de trabalho em saúde é compreendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos profissionais que se organizam para a produção do cuidado em saúde⁽¹¹⁵⁾.

A enfermagem enquanto trabalho, é reconhecida como “uma prática social que se relaciona com outros trabalhos na saúde, completando-os, em resposta às demandas sociais, em um contexto histórico e social”⁽¹¹⁶⁾.

Trabalhar com um modelo de atenção à saúde direcionado a populações específicas é algo complexo, na medida em que se faz necessário lidar com grupos distintos e com diferentes necessidades. Esta situação presume o rompimento com os muros dos serviços de saúde e exige um elevado nível de complexidade do conhecimento⁽¹¹⁷⁾.

Diante dos aspectos conceituais apresentados, e considerando que a descrição do trabalho das enfermeiras pudesse ou não desvelar elementos atrelados ao cuidado em saúde

mental, esta categoria temática foi dividida em duas subcategorias: **Organização do trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família e as ações desenvolvidas pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família.**

10.1.1. Organização do trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família

A organização do trabalho não se restringe apenas ao modo como este é desenvolvido, implica outros aspectos como a divisão do trabalho, as relações de poder que se estabelecem no cenário em que é produzido, o cuidado e do modelo de atenção à saúde adotado.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família em 1994, o trabalho do enfermeiro passou por uma série de modificações, cuja proposta foi transitar de um modelo de atendimento individualizado, curativista e fragmentado para outro que tivesse como propósito o trabalho pautado na promoção da saúde e prevenção de doenças em bases coletivas, sendo a equipe de saúde a unidade produtora dessas ações⁽¹¹⁸⁾. Embora essa fosse a pretensão do Ministério da Saúde esta mudança, na atualidade se identifica processos de trabalhos pautados em um modelo curativista e centrado na doença.

Com o intuito de operacionalizar e padronizar o desenvolvimento das ações em seus processos de trabalho, as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Vitória da Conquista-BA, relataram primeiramente, a descrição de suas jornadas semanais de trabalho. A partir dessa descrição identifiquei que o trabalho das enfermeiras participantes do estudo se organiza a partir do que elas denominaram de “semana típica”.

Esta “semana típica” se refere ao planejamento semanal das ações desenvolvidas pelas enfermeiras e é construída a partir das demandas e necessidades de saúde da população

residente na área de abrangência da equipe de saúde da família, e se reproduz como exigência por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Não se exclui a potencialidade que a “semana típica” apresenta como agenda de trabalho, o que a torna um elemento fundamental para a organização do serviço, especialmente, nas equipes de saúde da família.

Das falas das enfermeiras emanaram situações que me possibilitaram identificar ou não *a priori* elementos atrelados às representações sociais das mesmas sobre o cuidado em saúde mental. Segundo a Teoria das Representações Sociais, o indivíduo se apropria de sua realidade com o intuito de construir representações sobre um determinado objeto social. Esta construção se firma a partir da forma como se integram os conhecimentos do indivíduo, as informações que transitam no seu cotidiano, suas experiências, valores e as relações sociais que aí se estabelecem⁽¹¹⁹⁾.

Como já mencionado previamente no referencial teórico desta pesquisa, a elaboração e funcionamento de uma representação podem ser compreendidos por meio dos processos de objetivação e ancoragem que envolvem a articulação entre o conteúdo cognitivo e as determinações sócio-históricas em que emergem e circulam as representações⁽¹²⁰⁾.

Os recortes das entrevistas a seguir retratam por meio da objetivação, ou seja, da constituição formal do conhecimento das enfermeiras como o trabalho destas está organizado. Dessa forma, trazem como elemento central o seus planejamentos semanais de trabalho.

Temos a semana típica (grifo do autor), em que desenvolvemos ações referentes ao programa de saúde da mulher, com pré-natal, planejamento familiar e preventivo, programa de saúde da criança com consulta de crescimento e desenvolvimento infantil, ações educativas, supervisão da equipe e visita domiciliar (E2).

Então a gente tem o cronograma. A gente tem a semana típica (grifo do autor), então eu atendo gestante, eu atendo criança. O CD [crescimento e desenvolvimento da criança], planejamento familiar, preventivo, é [...] as reuniões de equipe, temos agora o acolhimento né? Que é semanal, e tenho atividade com os agentes né? Todo dia a gente conversa com os agentes, só (E5).

Quando eu chego aqui, a gente obedece a semana típica (grifo do autor). A gente já tem os pacientes agendados, tem os dias que a gente pode estar desenvolvendo a demanda espontânea. E eu já venho para cá [unidade de saúde] sabendo o que eu vou fazer. Hoje mesmo pela manhã eu fiz pré-natal e aí então a gente desenvolve os programas [...] (E10).

[...] a gente tem a semana típica (grifo do autor). Essa semana na verdade é programada toda sexta-feira, aí a depender da demanda que existe na sexta-feira a gente faz alteração na agenda. Existe uma agenda típica (E12).

Aqui a gente segue [pausa] a gente tem uma rotina da secretaria para a gente tentar seguir (grifo do autor), só que não é uma coisa fixa, acaba se tornando dinâmico [...] (E13).

Nos fragmentos destacados nas falas das enfermeiras há evidências claras da forma como seu trabalho é organizado. Estas objetivam a organização do seu trabalho a partir da “semana típica”, isto é, materializam como seu trabalho é pensado, sendo esta objetivação

ancorada numa forma de planejamento e organização das ações que são desenvolvidas. A “semana típica” constitui-se de um planejamento semanal rotineiro a partir do perfil dos usuários e das demandas identificadas na área adstrita da equipe.

No recorte da fala de E13, observei que a organização do trabalho ultrapassa a necessidade de se estabelecer uma rotina junto aos usuários da área adstrita, evidencia-se uma exigência da Secretaria Municipal de Saúde, o que denota uma verticalização na relação Secretaria Municipal de Saúde – enfermeira, quando se pensa na forma como se planeja o trabalho junto à equipe.

Portanto, as representações sociais são elementos simbólicos que os indivíduos expressam por meio de palavras e gestos que permitem explicitar o que estes pensam e como percebem uma dada situação. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão, necessariamente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem⁽⁷⁴⁾.

Outro aspecto importante sobre a organização da jornada semanal de trabalho é a incongruência existente, sobretudo, em relação à flexibilidade em realizar modificações no planejamento do trabalho definido anteriormente. Enquanto E3 afirma ser o planejamento do trabalho algo fixo e dotado de certa rigidez, E4 e E13 explicitam que o planejamento ocorre semanalmente e que a demanda existente é fator determinante no processo de manutenção ou modificação do mesmo.

Minha semana típica é sempre fixa (grifo do autor). Ela pode sofrer eventualmente alguma alteração mais assim, segunda-feira de manhã eu atendo criança, crescimento e desenvolvimento (E3).

[...] eu tenho uma semana típica que nem sempre é típica (grifo do autor).

Existem muitas mudanças [pausa] de pré-natal, consultas de crescimento e desenvolvimento, coleta de preventivo, consulta de enfermagem (E4).

[...] Essa semana na verdade é programada toda sexta-feira, aí a depender da demanda que existe na sexta-feira a gente faz alteração na agenda [...] (E12).

[a semana típica] não é uma coisa fixa, acaba se tornando dinâmico [...] a gente organiza semanalmente. (E13).

Uma enfermeira ancorou o planejamento do seu trabalho ao desenvolvimento de ações características dos programas da atenção básica, este emerge como forma de representar como o trabalho é pensado e de que forma os grupos de usuários assistidos são priorizados.

Bom, no meu caso são os programas (grifo do autor). *É o pré-natal, o planejamento familiar. Tem o preventivo, [pausa] palestras, capacitações às vezes com os profissionais, mas, normalmente palestra mesmo, pré-natal. De saúde de hipertenso e diabético, o CD. O acompanhamento das crianças. Esses programas mesmo. Saúde da família* (E7).

Nessa vertente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) publicada em 2002 pelo Ministério da Saúde evidencia em seu anexo 1, as responsabilidades e ações estratégicas mínimas da atenção básica, referindo-se ao programa de controle da tuberculose;

eliminação da hanseníase; controle da hipertensão arterial sistêmica; controle da diabetes mellitus; saúde da criança; saúde da mulher, além das ações de saúde bucal⁽¹²¹⁾.

Outro elemento determinante na organização do trabalho da enfermeira diz respeito à demanda agendada e espontânea. A primeira se refere a um atendimento agendado previamente, numa relação já estabelecida entre o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde. A demanda espontânea parte da necessidade autopercebida por parte do usuário que busca pelos serviços de saúde sem um agendamento prévio^(122,123).

[...] A gente já tem os pacientes já agendados, tem os dias que a gente pode estar desenvolvendo a demanda espontânea [...] (E10).

[...] a semana típica, cada profissional faz sua semana típica de acordo com a necessidade da clientela, junto com a equipe na reunião de equipe. [...] (grifo do autor) (E14).

[...] Toda hora chega uma demanda espontânea e a gente vai atender o que precisa [...] (E15).

Quanto à demanda espontânea, “o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la como demanda ao serviço de saúde”⁽¹²⁴⁾. A Estratégia Saúde da Família deve organizar e diminuir a demanda espontânea na medida em que os problemas de saúde coletiva vão sendo identificados e uma abordagem coletiva é colocada em prática⁽¹²²⁾.

Na fala de E14, a “*necessidade da clientela*” é um fator importante no planejamento da agenda de trabalho, a organização do trabalho atrela-se também a um aspecto quantitativo em relação ao número de usuários assistidos, situação que pode ser tomada como critério ao se decidir, por exemplo, o número de turnos de atendimento para cada grupo específico, em relação aos programas da atenção básica. Na fala da participante da pesquisa há evidências de que o planejamento semanal de trabalho deve ser uma construção coletiva com a participação de toda equipe de saúde da família.

Os momentos das reuniões de equipes e, especialmente, aqueles em que se realiza a consolidação dos dados mensais podem ser entendidos como momentos essenciais, para a construção de propostas de intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, apresentadas pelo território, as quais são de responsabilidade das equipes⁽¹²⁵⁾.

Ao finalizar a discussão dos elementos que depreenderam esta subcategoria temática tornou-se notório o quanto o trabalho das enfermeiras apresenta-se de forma clara para estas e que a organização de seus processos de trabalho se constitui como elemento fundamental para a assistência aos usuários do SUS.

Ademais, os modelos assistenciais, bem como as políticas de saúde, possuem o grande desafio de agregar integralidade, efetividade, qualidade e humanização aos serviços. Para isso, buscam-se modos de organização tecnológica do trabalho que visem conciliar o atendimento à demanda e às necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade da atenção à saúde⁽¹²⁶⁾.

Reconhecer a forma como as participantes deste estudo representam o seu trabalho e como este está organizado foi relevante, uma vez que estes dados convergiram para a representação social que estas têm acerca do cuidado em saúde mental.

Portanto, a representação social das enfermeiras sobre seu processo de trabalho está ancorada na ideia de “semana típica”, que é objetivada no trabalho cotidiano de assistência junto aos grupos específicos de usuários, para exemplificar, as ações de saúde da mulher e da criança. O atendimento dirigido aos grupos específicos de usuários é uma prática pré-estabelecida por parte do Ministério da Saúde, ou seja, este determina os programas a serem desenvolvidos pelas equipes de atenção básica do município, conferindo aos programas de saúde da atenção básica uma característica de verticalização das ações.

10.1.2. Ações desenvolvidas pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família

Após identificar e analisar como as enfermeiras organizam seus processos de trabalho foi depreendida esta subcategoria que se refere às ações desenvolvidas pelas enfermeiras em suas jornadas semanais de trabalho.

Mesmo não sendo minha pretensão, nesta pesquisa, discutir acuradamente cada uma das ações desenvolvidas pelas enfermeiras, a identificação das ações por elas executadas teve como finalidade encontrar ou não elementos em suas falas associados ao processo de trabalho das enfermeiras participantes do estudo em relação à produção do cuidado em saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) são atribuições do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família⁽²¹⁾:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços

comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem (grifo do autor), procedimentos, atividades em grupo (grifo do autor) e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (grifo do autor);

IV - Planejar, gerenciar e avaliar (grifo do autor) as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

As atribuições da enfermeira na Estratégia Saúde da Família elencadas acima estão em consonância com as ações desenvolvidas pelas participantes deste estudo. A partir dos recortes temáticos das ações desenvolvidas pelas enfermeiras, estas foram agrupadas num tripé: atividades assistenciais, gerenciais e educativas. Esta situação corrobora com os resultados encontrados em outros estudos em que se identificou e caracterizou o trabalho desenvolvido pela enfermeira atuante nos serviços da atenção básica⁽¹²⁷⁻¹²⁹⁾.

Percebe-se por meio dos relatos das enfermeiras, uma sobreposição das atividades de caráter assistencial em relação às ações educativas e gerenciais. Este perfil é distinto do

encontrado num estudo publicado em 1997⁽¹³⁰⁾, em que se constatou que dentre as ações desenvolvidas pelas enfermeiras na atenção básica, as funções gerenciais/administrativas eram executadas em maior proporção. Esta transição apontada anteriormente pode relacionar-se às alterações efetuadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, aos processos de formação acadêmica, bem como, uma cobrança quantitativa por parte da gestão dos serviços, no que se refere à produtividade das ações, especialmente, as assistenciais.

Um dos elementos centrais nesta subcategoria é que as enfermeiras utilizam para objetivarem suas ações é a consulta de enfermagem. Esta se constitui como o principal instrumento da prática profissional, ao perceber que nas falas, as consultas de enfermagem é que preenchem a maior parte dos turnos de trabalho nas “semanas típicas”. Desse modo, a “semana típica”, como representação social do trabalho das enfermeiras, ancora-se na assistência que é objetivada pela consulta de enfermagem. Esta forma de representar o seu trabalho constitui a cristalização da representação social do trabalho das enfermeiras participantes da pesquisa.

A consulta de enfermagem está prevista na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, em seu artigo 11, alínea i, como atribuição privativa do profissional enfermeiro, assim, torna-se o principal instrumento que a enfermeira dispõe para desenvolver suas atividades assistenciais na Estratégia Saúde da Família⁽¹³¹⁾.

Nos fragmentos das falas de duas enfermeiras entrevistadas a seguir, a consulta de enfermagem como instrumento para a assistência está direcionada aos grupos específicos inerentes aos programas da atenção básica, já mencionados anteriormente nesta tese, no entanto, chama a atenção à ênfase dada às crianças e mulheres. Há na fala das entrevistadas uma preocupação que emerge de seus universos reificados, com uma ancoragem na redução da mortalidade materno-infantil.

[...] consulta de enfermagem, tanto voltada para a mulher, pré-natal, planejamento, preventivo; Criança [...] São os dois focos da gente, mulher e criança. [...] (E1).

[...] desenvolvemos ações referentes ao programa de saúde da mulher, como: pré-natal, planejamento familiar e preventivo, programa de saúde da criança com consulta de crescimento e desenvolvimento infantil [...] (E2).

A partir dos recortes anteriormente apresentados, percebe-se que o modelo de organização do processo de trabalho das enfermeiras pauta-se nas ações programáticas em saúde, com práticas, predominantemente, voltadas à assistência⁽¹¹⁸⁾.

Outro aspecto importante acerca das atividades assistenciais é a necessidade de flexibilidade no planejamento das ações, com intuito de adaptar-se às demandas sociais por serviços de saúde, uma vez que o uso exacerbado e exclusivo da assistência parece não ser garantia de atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários, o que contribui para uma demanda reprimida nos serviços de saúde⁽¹¹⁸⁾.

Nesta vertente, dependendo do quantitativo de crianças e mulheres residentes na área adstrita, a enfermeira se sobrecarregará com as ações assistenciais direcionadas a estes dois grupos, conseqüentemente, a profissional ficará impossibilitada de avançar no desenvolvimento de ações gerenciais, associadas às atividades burocráticas e de produção do cuidado, bem como, as ações de educação em saúde.

Deste modo, torna-se premente que a enfermeira revise constantemente seu processo de trabalho, a partir de seu núcleo de competências, uma vez que as transformações não são estáticas⁽¹²⁸⁾ e que, a instituição de uma rotina de trabalho de forma ritualizada

impossibilita o trabalhador de identificar deficiências sobre o trabalho que se produz, neste caso, uma lacuna acerca da produção do cuidado em saúde mental.

No processo de produção do cuidado em saúde, ressalta-se a necessidade de considerar o sujeito de forma singular/coletiva, com desejos e aspirações, respeitando suas crenças, valores e as possibilidades terapêuticas que abordem as necessidades das pessoas para torná-las mais autônomas, sem desprezar a Clínica, a Epidemiologia, a razão e a subjetividade⁽¹³²⁾.

Sobre as atividades gerenciais, os dados deste estudo corroboram com o estudo de Ermel e Fracoli⁽¹³³⁾, uma vez que as enfermeiras objetivaram o seu papel gerencial, ancoradas em elementos como: supervisão dos ACS e das outras categorias de trabalhadores de enfermagem de nível médio, atividades burocráticas, por exemplo, o preenchimento os relatórios de produtividade do SIAB e o boletim mensal de doses de vacinas aplicadas. No tripé que ilustra as ações desenvolvidas pela enfermeira, as atividades gerenciais apareceram em menor proporção nas falas quando comparadas às ações de caráter assistencial e as atividades educativas em saúde.

Os recortes das entrevistas apresentados a seguir retratam como as enfermeiras percebem as ações de caráter gerencial como elemento inerente ao seu núcleo de competências.

[...] a gente acaba fazendo e o gerenciamento como a gente está em PSF então toda a gerência sobra pra o nível superior. A gente faz a gestão compartilhada, mas, o enfermeiro faz meio que [...] sobrecarrega mesmo com a gerência [...]
(E1).

[...] supervisão da equipe [...] (E2).

[...] supervisão, ou para fechamento de vacina do API [avaliação do programa de imunização] (E3).

[...] organização dos serviços dos técnicos de enfermagem [...] (E4).

[...] supervisão dos agentes de saúde, tem o fechamento de mapa de vacinas [...] essa parte de SSA2 [relatório de consolidação dos dados sobre a situação de saúde e acompanhamento das famílias na área] também, que é o enfermeiro que é responsável. [...] grupos (E6).

A responsabilidade pelos processos de supervisão e formação das enfermeiras amplia-se quando, além da equipe de enfermagem, encontram-se inseridos os ACS⁽¹³⁴⁾. Em relação à supervisão da equipe de enfermagem, apesar de suas características terem sofrido modificações ao longo dos anos, o que levou essa prática a se (re)construir e a se refazer, deve-se levar em consideração o fato de que o trabalho de enfermagem consiste de uma prática histórica e social, determinada pelas relações sociais que emergem da sociedade⁽¹³⁴⁾.

Outras atividades que compõem o trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família e que puderam ser identificadas por meio de suas falas foram: as ações de educação em saúde, especialmente, as atividades grupais e a VD.

[...] A gente faz atividade educativa, não sobra tanto tempo [...] visita domiciliar também [...] (E1).

[...] ações educativas e visita domiciliar (E2).

[...] a gente também trabalha muito com a questão educativa, desde que a gente tem o PET [Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde] [...] Tem grupos de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo da Luluzinha, que é um grupo de adolescentes [...] as visitas domiciliares [...] (E10).

A educação em saúde é um instrumento por meio do qual o conhecimento cientificamente construído no campo da saúde, intermediado pelos trabalhadores de saúde, alcança a vida cotidiana das pessoas, uma vez que o entendimento dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde⁽¹³⁵⁾.

Nessa perspectiva, na fala de E10, a prática educativa acontece motivada pela mobilização e presença de alunos dos cursos de graduação nos serviços de saúde por meio de atividades de extensão referentes ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). Essa situação pode ser compreendida pelo exacerbado envolvimento das enfermeiras em relação às ações assistenciais, especialmente, por meio da consulta de enfermagem.

A VD aparece como um importante instrumento para a produção do cuidado no domicílio, uma vez que a partir da instituição da Estratégia Saúde da Família, o domicílio passou a ser entendido como um espaço de produção de saúde. A VD possibilita aos trabalhadores da equipe de saúde da família identificar e intervir sobre as reais necessidades de saúde de cada usuário/família⁽²⁾. A prática da VD torna-se, na perspectiva da produção do cuidado em saúde mental um importante instrumento para assistir ao usuário, com ou sem transtorno mental, e suas respectivas famílias.

Com a discussão dos dados, a partir dos recortes das entrevistas foi possível construir esta subcategoria que apresentou as ações que compõe o processo de trabalho da enfermeira e ao mesmo tempo perceber o quanto o trabalho desta é complexo e exige diferentes habilidades na produção do cuidado em saúde. Como mencionado no início da categoria temática, não foi pretensão, neste estudo, esgotar a compreensão em torno do processo de trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família, mas, tomá-lo como aporte fundamental para se identificar a presença ou ausência de elementos inerentes ao cuidado em saúde mental.

No início das entrevistas, ao descreverem suas jornadas de trabalho, nenhuma das 19 enfermeiras participantes do estudo fez qualquer menção a algum elemento que pudesse ser associado ao cuidado em saúde mental. Esta situação explica-se, uma vez que objeto de trabalho da enfermagem é o cuidar e, na sociedade contemporânea existe uma busca latente pelo tratamento, e, não pelo cuidado, com isso torna-se difícil o reconhecimento do trabalho do enfermeiro perante a mesma. A sociedade está fortemente dependente das tecnologias materiais, pautada no consumo, em valores mercantis e na biomedicina, isto faz com que sejam descartados valores como solidariedade, direitos universais à vida digna e ao cuidado, os quais não são percebidos como prioridades, tendo como consequência disso uma dificuldade em reconhecer e valorizar a prática da enfermagem⁽¹³⁶⁾.

A situação apontada no parágrafo anterior circula também nos universos das enfermeiras e se associa a outros elementos nos quais estas representam o seu trabalho. Para tanto, ancoraram-se numa lógica de produção de serviços, em que a técnica, gerada por meio da assistência prestada é que objetiva o seu trabalho, ou seja, o concreto é que dá visibilidade ao que estas produzem. Isto pressupõe que as enfermeiras não visualizaram no início da entrevista nenhum elemento produtor do cuidado em saúde mental associado aos seus processos de trabalho.

Neste contexto, o trabalho das enfermeiras emerge como um ritual, a partir da forma como elas organizam e produzem seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. Esta característica torna-se fundamental para que as participantes do estudo deem visibilidade às ações que desenvolvem, além de se configurar como possibilidade de reafirmação do que elas fazem. Dessa forma, o trabalho adquire visibilidade a partir do que as enfermeiras participantes do estudo denominam e representam como trabalho, ou seja, o que é concreto e palpável. O cuidado em saúde mental embora esteja posto como parte do processo de trabalho da enfermeira, na fala das participantes do estudo este não adquiriu visibilidade.

A dificuldade em trazer para a fala e tornar concreta a produção do cuidado em saúde mental, associa-se a forma como estas representam a subjetividade. O termo subjetividade gera nas enfermeiras participantes do estudo um distanciamento representado pela complexidade, aspecto este que passa a ser compreendido como distanciador do trabalho que é produzido. Quando se trata da produção do cuidado em saúde mental, o espaço para intervenção de ordem técnica ou mecânica é exíguo. Com isso, toda a tecnologia nesta área é construída a partir do processo de interação ou relação intersubjetiva, esperando-se que os profissionais sejam capazes de estabelecer relações terapêuticas com os usuários⁽¹³⁷⁾.

A situação apontada no parágrafo anterior evidencia que a prática do cuidado em saúde mental tem sido abnegada em favor de uma lógica de produtividade de serviços e que é exigida da enfermeira pela gestão dos serviços de saúde. Este aspecto, no momento inicial da discussão dos dados me permitiu inferir que a produção do cuidado em saúde mental é inexistente ou existe como elemento do processo de trabalho da enfermeira, no entanto, o ritual de seu trabalho, na prática cotidiana contribui para que o cuidado não adquira representatividade.

Corroborando com a afirmação acima, Onocko-Campos e Gama⁽¹³⁸⁾ afirmam que se vive hoje numa sociedade ditada pela lógica capitalista, pautada num modelo neoliberal e

globalizado, na qual o que importa é a capacidade produtiva do sujeito e tudo o que não se ajusta a este ideal é desqualificado. A chamada “sociedade do espetáculo” pressupõe um sujeito competitivo e individualista, em que se valoriza a ascensão profissional e o sucesso pessoal em detrimento de princípios solidários. Neste contexto, as relações emergem como supérfluas e baseadas em interesses e projetos pessoais, distanciando-se de projetos coletivos.

Ao finalizar esta subcategoria temática deve-se salientar que uma representação é a construção do sujeito como sujeito social, que não é apenas produto de determinações sociais, nem produto independente, uma vez que as representações são sempre construções contextualizadas, resultantes das condições em que surgem e transitam⁽⁶⁰⁾.

10.2. CATEGORIA TEMÁTICA 2 – O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS

As representações sociais são elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto de estudo, ou seja, expressa a relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e que podem ser generalizadas pela linguagem⁽⁷⁴⁾.

A partir da questão sobre o que representava o cuidado em saúde mental, das possibilidades/instrumentos para a produção do cuidado, bem como das limitações, nas percepções das enfermeiras, depreendeu-se esta categoria temática no sentido de identificar elementos que desvelassem as representações sociais das enfermeiras participantes do estudo sobre o cuidado em saúde mental. A categoria temática foi subdividida em três aspectos nos quais se ancoraram as falas das enfermeiras: **significados sobre o cuidado em saúde**

mental, possibilidades e instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental e limitações para a efetivação do cuidado em saúde mental.

Diferentemente da forma como as enfermeiras participantes deste estudo se portaram ao descreverem suas jornadas semanais de trabalho, no momento em que lhes foi lançada a questão que tinha como propósito relatar o que representava o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, houve por parte das entrevistadas, um momento de prévia reflexão, risos nervosos, e um indicativo não verbal associado à dificuldade em representar o que ora havia sido solicitado. Situação semelhante foi percebida num estudo em que a autora buscou analisar as representações sociais de enfermeiros da atenção básica sobre a educação em saúde para usuários adoecidos mentalmente e seus familiares⁽¹³⁹⁾.

Isto não se constituiu como um limitador, uma vez que ao longo das entrevistas as participantes do estudo se ancoraram em elementos que pudessem representar o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, isso se torna possível uma vez que a representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados⁽⁷⁶⁾.

Portanto, por serem elaboradas em grupos sociais, nos quais os indivíduos trocam informações e interagem com o objeto da representação, neste caso o cuidado em saúde mental, pode se dizer que existe uma diversidade de representações sociais⁽¹⁴⁰⁾.

10.2.1. Significados sobre o cuidado em saúde mental

Esta subcategoria surgiu a partir de elementos que foram identificados nas falas das enfermeiras, na busca pela compreensão de uma teia de significados a respeito do cuidado em saúde mental. Os significados identificados ancoraram-se em aspectos que representam: **desconhecimento e lacunas na produção do cuidado em saúde mental; ênfase no modelo biomédico; integralidade da assistência; cuidado em saúde mental como responsabilidade alheia e a desinstitucionalização do usuário portador de transtornos mentais.**

A dificuldade por parte das enfermeiras em trazer para seus discursos elementos que representassem a forma como percebem o cuidado em saúde mental associa-se ao fato de que na prática dos serviços da Estratégia Saúde da Família o cuidado em saúde mental tem sido relegado e protelado quando se pensa na organização de um trabalho embasado pelas ações programáticas de saúde inseridas num modelo curativista e com foco na doença.

O modelo de atenção hegemônico, vigente, ancorado na concepção médico-curativa, toma como objetivo final a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Contrapondo esta situação, o modelo produtor de saúde deve tomar como referência a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade⁽¹⁴¹⁾.

A produção de serviços de saúde pode ser entendida como a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto, os resultados do trabalho não se constituem em mercadorias para comercialização, como produtos mercantis em si mesmo, são serviços

produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, isto significa que sua produção é singular e se dá no próprio ato⁽¹⁴²⁾.

As ações de saúde mental devem promover possibilidades no sentido de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se limitar a cura de doenças. A vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas⁽¹⁴³⁾.

Na atenção básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, o que possibilita a criação de novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde⁽¹⁴³⁾.

Mesmo com as afirmações anteriores expressas recentemente no Caderno da Atenção Básica sobre Saúde Mental, do Ministério da Saúde, constatei que o cuidado em saúde mental tem se constituído num desafio para as enfermeiras que atuam no cenário da atenção básica, especificamente, na Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, grande parte das enfermeiras objetivou o cuidado em saúde mental como algo distante do que efetivamente poderia desenvolver em seus processos de trabalho, ou seja, a valorização do ritual do trabalho visível esteve ancorada essencialmente nas técnicas executadas. Esta situação pode ser constatada a partir do que já foi identificado na categoria temática anterior, ou seja, a ausência nas falas de alguma menção ao planejamento semanal de trabalho da enfermeira que envolva a prática do cuidado em saúde mental, ou alguma referência a qual se pudesse constatar a produção do cuidado em saúde mental durante suas jornadas semanais de trabalho. Esta situação gerou nas participantes do estudo uma dificuldade em perceber a produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

[...] ainda tem muitas lacunas né? [...] A gente ainda está engatinhando [...]
(E1).

[...] [o cuidado em saúde mental] é algo assim que ainda precisa crescer muito [...] (E4).

[a saúde mental] precisa ainda ser melhor introduzida no programa de saúde da família. [...] (E7).

[...] o cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família até hoje eu não vi [...] é muito superficial o cuidado [em saúde mental] [...] (E11).

Eu confesso que deixa muito a desejar [o cuidado em saúde mental] [...] (E17).

Os trechos das entrevistas anteriores evidenciam que as enfermeiras reconhecem a necessidade de (re)pensar a forma como a saúde mental é percebida no contexto dos serviços da atenção básica, especificamente, na Estratégia Saúde da Família. Este desconhecimento manifesto converge para o significado que elas têm acerca do que é o cuidado. Muitas vezes o cuidado associa-se à realização de uma técnica, com isso, mais uma vez o que é palpável é que adquire visibilidade nas falas das entrevistadas.

O cuidado não é exatamente a técnica que a enfermeira realiza. O que distingue o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse, a motivação, expressos em um movimento, em um impulso que nos conduz no sentido de realizar algo para ajudar. Portanto, o que diferencia o cuidar é a forma como se faz. Associada a esta situação existe uma intenção

de promover o bem-estar do usuário, oferecendo apoio e minimizando riscos⁽¹⁴⁴⁾. A dimensão subjetiva que permeia a produção do cuidado não emerge nas falas das enfermeiras, isto não significa *a priori* que a subjetividade não se insere nos processos de trabalho delas, no entanto, esta situação revela uma valorização da técnica e do protocolo na produção de serviços.

Somente se produz o cuidado quando a existência de alguém tem importância para quem cuida com isso o cuidador passa a dedicar-se ao outro, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos. Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo e atenção⁽¹⁴⁵⁾.

Algumas enfermeiras objetivaram o cuidado em saúde mental a partir da figura do usuário com transtorno mental e ancoraram seus significados no distanciamento existente entre elas e o usuário. A situação coloca em evidência que o usuário com transtorno mental tem sido relegado nos serviços da Estratégia Saúde da Família.

[...] eu não tenho experiência de ter assim uma pessoa mesmo com problema mental [...] temos algumas pessoas, mas que não temos esse vínculo de prestar essa saúde mental [...] (E4).

[...] A doença mental, ela é algo assim, é tão distante da nossa realidade e ao mesmo tempo, está tão próxima [...] (E6).

Rapaz, eu nunca parei pra pensar nisso [cuidado em saúde mental] [...] são poucos os atendimentos de saúde mental. Eu mesma, eu não atendo [...] não tenho, só atendi duas vezes [...] (E9).

[...] Nossos pacientes [pessoas com transtornos mentais] são perdidos, a gente não tem um contato como eu tenho, por exemplo, com os meus insulino-dependentes [...] O que é que eu posso estar fazendo? [...] a gente tem uma ficha, que é a ficha complementar, que a gente tem que estar enviando periodicamente todo mês, e aí, um dos dados da ficha é acompanhamento de saúde mental. Aí eles [secretaria municipal de saúde] perceberam que todos os profissionais botam um, dois [atendimentos] [...] (E10).

Nos trechos das falas anteriores percebe-se que as enfermeiras reconhecem a existência dos usuários com transtornos mentais na área adstrita da equipe, no entanto, o desconhecimento sobre quem são e onde estão estes usuários parece não ganhar relevância à medida que estas informações não se inserem na interpretação que estas fizeram da realidade em que estão inseridas.

Outro aspecto inerente ao desconhecimento acerca das pessoas com transtornos mentais associa-se ao fato de que nos relatórios consolidados das famílias cadastradas junto ao SIAB, como apresentado na trajetória metodológica desta tese, não há nenhum usuário com “doença mental” (DME) registrado no sistema, em nenhuma das 19 equipes em que as enfermeiras participantes do estudo atuam, entretanto, esta situação não deve ser empregada como justificativa para a ausência da produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

Essa despreocupação em conhecer a realidade acerca dos usuários com transtornos mentais apoia-se inclusive na forma como as enfermeiras participantes do estudo recebem algumas informações do universo reificado acerca da temática. Neste contexto, E10 reafirma o elemento produção de serviços e a importância que se dá a esse aspecto quando se

refere aos “dados” gerados a partir do relatório de produção de serviços, especificamente, sobre os usuários com transtornos mentais.

Neste contexto, constata-se uma dissonância no atendimento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Embora a promoção da saúde mental apareça como uma responsabilidade das equipes de atenção básica, o próprio Ministério da Saúde preocupa-se em quantificar os atendimentos dirigidos ao grupo específico de pessoas com transtornos mentais e não a população de um modo geral, ou seja, interessa ao Ministério conhecer se há produção de cuidado em saúde mental às pessoas com transtornos mentais, no entanto, a produção desse cuidado dirigida aos usuários “ditos” sem transtornos mentais adquire invisibilidade.

Ao mencionar a ficha complementar do SIAB, E10 se refere ao relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA2-C) instituída em 2011. Neste relatório existe um campo a ser alimentado com o número mensal de atendimentos realizados pelos enfermeiros direcionados aos usuários de álcool, drogas e saúde mental. Sobre o aspecto saúde mental, especificamente, no mesmo documento o Ministério da Saúde disponibiliza a orientação para o preenchimento adequado do relatório. Segundo este documento considera-se atendimento em saúde mental:

Atenção em consulta programada ou espontânea à pessoa com problema de saúde predominantemente relacionado a questões de saúde mental (grifo do autor), exceto o uso de álcool ou outras drogas.

Consiste no conjunto de atividades desenvolvidas individualmente ou por meio de uma abordagem familiar, tais como ações de acolhimento, tratamento e acompanhamento dos casos e encaminhamento para a rede de assistência quando necessário.

Inclui atendimentos realizados dentro e fora do espaço físico do serviço de saúde, como em visitas domiciliares, quando necessário. Considerando que o acompanhamento continuado desses pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de saúde mental, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “Visita Domiciliar” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro em Saúde Mental”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados na oferta de ações em saúde mental⁽¹⁴⁶⁾.

Na orientação impressa no instrutivo do SIAB e que é repassada às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família percebe-se que atendimento em saúde mental só poderá ser incluído na sua produtividade caso o atendimento seja prestado, exclusivamente, aos usuários com transtorno mental. Esta situação desqualifica a promoção de saúde mental a outros usuários que não tenham nenhum “problema de saúde predominantemente relacionado a questões de saúde mental” na produção de serviços da enfermeira, o que contribui para justificar a ausência de elementos voltados a produção do cuidado em saúde mental na parte inicial da discussão dos dados acerca do trabalho da enfermeira.

Nas percepções de algumas entrevistadas o cuidado em saúde mental é representado a partir de uma ancoragem no transtorno mental, logo, a representação social sobre o cuidado em saúde mental para estas enfermeiras emana a partir do processo de sofrimento mental, ou seja, da anormalidade, do processo de adoecimento.

O portador de transtorno mental, ele pode estar inserido em qualquer dessas estratégias, dessas ações programáticas que são propostas né? Como saúde

do homem, como hipertenso e diabético, como pré-natal, como a gente né? [...]
(E3).

[...] a gente foca muito na crise, no problema [...] por conta da visão que a gente tem de achar que saúde mental é só a crise, o doente [...] (E5).

[...] os nossos pacientes psiquiátricos [...] (E10).

[...] a gente tem vários pacientes aqui com transtorno mental [...] (E15).

Quando se trata do fenômeno doença relacionada à espécie humana, três componentes estão interligados: um fator corporal, associado à alteração no funcionamento de algum órgão ou sistema; b) o conhecimento em maior ou menor proporção do fenômeno e; c) uma ideia derivada do conhecimento e dos interesses da época, portanto, atribuído a um juízo de valor⁽¹⁴⁷⁾.

Os fragmentos das falas anteriores das enfermeiras confirmaram a necessidade de superação por parte delas no que tange o modelo de atenção à saúde adotado na prática dos serviços. Há a necessidade de transitar de uma prática pautada no modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e dirigido para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais para outro cuja proposta seja focalizada na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde aos usuários, respeitando suas singularidades e particularidades⁽¹⁴⁸⁾.

Percebe-se que mesmo com a evolução no que se refere ao processo saúde-doença nas últimas décadas, cuja proposta foi a de transitar de um modelo centrado na doença para outro, cujas concepções estivessem atreladas à qualidade de vida da população, com vistas à produção social da saúde⁽¹⁷⁾ a prática cotidiana está permeada por indicativos de um modelo centrado na doença.

Além das mudanças conceituais relacionadas ao processo saúde-doença faz-se necessária a introdução de novas práticas que tenham como finalidade romper com o modelo flexneriano, pautado na biologia e especialização. Com isso, surge a necessidade de migrar para uma nova forma de compreensão de produção da saúde, entendida agora como um processo de produção social a partir de diferentes determinantes e condicionantes sejam estes, sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos⁽¹⁷⁾. Neste contexto, as enfermeiras participantes deste estudo associaram a produção do cuidado em saúde mental, numa perspectiva que contraria a própria diretriz conceitual da Estratégia Saúde da Família, cujo cerne foi reorganizar a atenção básica, isso significou *a priori*, romper com modelos cartesianos de atenção à saúde, na busca pela integralidade do cuidado em seu aspecto polissêmico.

A mudança de paradigmas na assistência à saúde mental, especialmente, na atenção básica torna-se necessária e traz em seu bojo a convicção da necessidade de (re)formulação de outros modelos conceituais o que certamente implicaria em uma nova política de saúde⁽¹⁴⁹⁾. A desconstrução desta situação ultrapassa questões de formação e capacitação profissional, uma vez que esta prática se sustenta em elementos que ultrapassam os aspectos conceituais das enfermeiras. Os aspectos culturais e a forma como as enfermeiras construíram seus valores a partir de vivências sobre o processo saúde-doença, tem sido elemento essencial para a reprodução do modelo biomédico concomitantemente um desafio a ser superado. Reflexos de uma prática “curativa” do cuidado em saúde mental podem ser visualizados no fragmento da entrevista a seguir:

[...] eu desenvolvo [o cuidado em saúde mental] quando eu percebo que tem alguém que está precisando (E4).

Observa-se que o cuidado em saúde mental não tem sido produzido na perspectiva da promoção da saúde mental. Ademais, percebe-se no fragmento da fala da enfermeira a adoção uma postura passiva na produção do cuidado, característica inerente a demanda espontânea em que o usuário é que busca pelo serviço a partir da constatação de uma necessidade de saúde⁽¹⁵⁰⁾.

As evidências anteriores apontam para a necessidade de abandonar o paradigma que buscava a cura para o sofrimento mental para se buscar a “reinvenção da saúde” e a reprodução social do usuário, com isso, o diagnóstico deixa de ser valorizado e passam a ser valorizadas as formas de expressão de cada usuário dentro de cada contexto social⁽¹⁵¹⁾.

Embora essa centralidade na doença apareça frequentemente nas falas das entrevistadas, algumas enfermeiras ancoraram suas representações sobre o cuidado em saúde mental ao elemento integralidade:

[o cuidado em saúde mental] é uma coisa tão complexa [...] uma abordagem em saúde mental envolve muitas coisas que vai muito além da patologia dele. [...] Por exemplo, uma pessoa que tem depressão, você vai tratar só a patologia, você vai entrar pelo caminho errado, você tem que ver o contexto familiar dela, ver o contexto social, tudo que está ao redor dela se você não conseguir compreender isso, você não vai adiante [...] (E1).

[...] a gente tem que trabalhar de forma integral e a gente fica inquieta quando a gente vê que não dá tempo de falar de tudo [...] (E13).

[...] Não ver só naquela patologia, mais naquele ambiente ali que ele está vivendo, pra ver o que a gente pode estar fazendo pra aquele paciente (E18).

A partir dos recortes anteriores depreende-se que algumas enfermeiras reconhecem que uma abordagem centrada apenas na doença não é suficiente para a concretização da produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Os fragmentos demonstram a preocupação em considerar, na produção do cuidado em saúde mental de enfermagem outros elementos determinantes e condicionantes da saúde, tais como: condições de vida e o contexto social em que este usuário encontra-se inserido.

A integralidade como elemento representativo do cuidado em saúde mental pode ser definido como:

[...] uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados⁽¹⁵²⁾.

Portanto, a integralidade não deve ser compreendida apenas como um princípio norteador do SUS, e sim como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência isenta de reducionismo com uma visão abrangente do ser humano. A integralidade aponta para a ampliação e o desenvolvimento do cuidado na produção em saúde⁽¹⁵³⁾. Esta dualidade constatada entre a ênfase numa abordagem centrada na doença e a referência à integralidade na produção do cuidado em saúde mental evidencia que a formação da enfermeira tem sido caracterizada por um movimento de transição que envolve características fortes do modelo

flexneriano ao mesmo tempo em que indica sinais de uma nova possibilidade pautada numa nova concepção do processo saúde-doença e do ser humano que se insere nesse processo⁽¹⁵⁴⁾.

A garantia da efetivação da integralidade enquanto princípio do SUS implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas etapas do processo de produção em saúde, ao processo de cuidar e o relacionamento estabelecido entre trabalhadores e usuários dos serviços. Com isso, a integralidade não exclui nenhuma das possibilidades de se prevenir, promover, restaurar a saúde e reabilitar os usuários⁽¹⁵³⁾. Sobre a integralidade, o Ministério da Saúde, por meio de sua política nacional da atenção básica aponta que é necessário:

[...] Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. [...] ⁽²¹⁾.

Nesta vertente, algumas enfermeiras reconheceram que o usuário com transtorno mental apresenta outras demandas e necessidades que são muitas vezes negligenciadas. Os

trechos das falas das enfermeiras apresentados a seguir retratam suas preocupações em oferecer um cuidado direcionado ao usuário com transtorno mental que atenda outras necessidades além daquelas de ordem psíquica. Esta situação envolve uma dualidade, por um lado esta situação pode ser indicativa de que o usuário com transtorno mental é percebido numa perspectiva integral, por outro, pode ser um sinal de que este mesmo usuário somente é assistido pelas enfermeiras quando apresenta uma necessidade de saúde que não seja de origem psíquica, o que corrobora para um distanciamento entre a demanda e a oferta do cuidado em saúde mental, situação esta que contribui para o anonimato dos usuários com transtornos mentais nos serviços da Estratégia Saúde da Família.

O portador de transtorno mental, ele pode estar inserido em qualquer dessas estratégias, dessas ações programáticas que são propostas [...] como saúde do homem, como hipertenso e diabético, como pré-natal [...] (E3).

Eu achava que deveria ser de uma forma mais assim integral com o paciente [...] Atendimento integral porque assim, a pessoa com saúde mental é hipertenso, ele convive na área, ele [pessoa com transtorno mental] tem as dificuldades [...] (E15).

[...] A gente não tem uma atenção para a saúde mental, embora a gente a tenha [pessoa com transtorno mental] inserida nas outras consultas [...] (E19).

Destaca-se ainda nesta subcategoria marcas discursivas das participantes do estudo que associaram o cuidado em saúde à responsabilidade de outros trabalhadores dos serviços. Com isso, representar a produção do cuidado em saúde mental como algo

pertencente ao núcleo de competências de outros profissionais foi um dos elementos empregados pelas enfermeiras participantes da pesquisa para evidenciar a produção do cuidado em saúde mental, mesmo que este não fosse por elas produzido.

A situação anterior pode ser compreendida ao se considerar que as pessoas formam uma representação e buscam informações acerca de um objeto (cuidado em saúde mental) após adotarem um posicionamento. A representação social é uma modalidade de conhecimento que visa coordenar as condutas do sujeito e suas interações com o grupo, ou seja, é uma forma de esclarecer atividades sociais, antecipar e justificar comportamentos e práticas sociais⁽¹⁴⁰⁾.

[...] Eu ainda tenho a médica da minha equipe que tem uma formação já mais voltada [saúde mental] então eu tenho essa sorte [...] (E1).

[...] O médico geralmente é quem abarca um pouco mais por causa da medicalização [...] (E3).

[...] não tem assim um profissional que esteja altamente capacitado pra lidar com essas pessoas [pessoas com transtornos mentais]; [...] para fazer acompanhamento psicológico a gente tem o NASF com o psicólogo [...] a possibilidade seria talvez a implantação de um psiquiatra no NASF [...] (E4).

[...] a gente pede para a psicóloga dar uma chegada à residência, para ver como é que está [usuário com transtorno mental] [...] (E6).

A gente acaba assim, escorando um pouco na psicóloga, como a gente tem uma psicóloga, ela já faz o trabalho de grupo, aí a gente acaba deixando isso para ela, mais ou menos assim [...] convenci o rapaz [pessoa com transtorno mental] a vir no dia seguinte pra passar pela psicóloga. (E8).

Portanto, a partir trechos das entrevistas anteriores, o cuidado em saúde mental dirigido aos usuários portadores de transtornos mentais é designado, no contexto da Estratégia Saúde da Família, a outros trabalhadores que teriam nas percepções das entrevistadas, maior preparo para produzi-lo. As enfermeiras pontuam as suas dificuldades para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental e mencionam outras categorias profissionais como justificativas para atender às questões subjetivas inerentes ao campo da saúde mental⁽⁵⁶⁾.

A enfermeira tem importante papel na assistência ao usuário com transtorno mental, quando se pensa na sensibilização da comunidade acerca da inserção deste usuário no território e pode colaborar e responsabilizar-se pela construção de novos cenários de reabilitação psicossocial⁽¹⁵⁵⁾. Esta função não tem sido assumida pelas enfermeiras pelo desafio em que se esbarram quando se trata da temática “cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família”. Há a construção de um pensamento sob a égide de transferir o atendimento para outros trabalhadores especializados como um elemento facilitador no processo⁽¹³⁹⁾.

Ancoragens associadas ao processo de desinstitucionalização do usuário com transtorno mental foram identificadas como elementos constituintes das representações sociais das enfermeiras participantes do estudo. Elas reconheceram a desinstitucionalização como um pressuposto importante da atual política nacional de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente, no que tange à inserção social destes usuários.

[...] eu creio que seria a inserção desse indivíduo [pessoa com transtorno mental] no contexto familiar, no contexto da comunidade [...] Interagindo com a comunidade e não ser individual como era antigamente [...] Que eram os manicômios (E2).

[...] depois dessa questão da desinstitucionalização eu achei que a família ficou muito perdida no meio disso tudo, porque na verdade não foi ensinado à família cuidar desses pacientes [...] (E12).

A gente acha que o paciente com transtorno mental tem que ir para o hospital psiquiátrico e não tem nem mais que existir [hospital psiquiátrico] [...] (E13).

Neste contexto, a desinstitucionalização desloca o centro de atenção da instituição hospitalar para a comunidade, distrito ou território⁽¹⁵⁶⁾. Portanto, desinstitucionalizar não se trata apenas de desospitalizar, mas também produzir transformações em relação ao lugar social designado ao usuário com transtorno mental. Desse modo, a desinstitucionalização implica na:

[...] construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de partida e sustentação, necessariamente, a formatação de instituições, mas que consideram de princípio, a possibilidade de engendramento de outras maneiras de agenciamento e estabelecimento de relação terapêutica não mediada por estruturas formais e burocráticas que possa sobrepujar os objetivos propriamente assistenciais e de cuidado⁽¹⁵⁷⁾.

Os processos de desinstitucionalização emergiram da necessidade de por em evidência as instituições criadas no período que Foucault nomeou de *grande internação* e, de redefinir ou desconstruir a noção de doença mental, ou seja, a desconstrução do agir institucional. Desconstruir a instituição psiquiátrica significa apresentar, a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, as oposições hierárquicas sobre as quais se norteia⁽¹⁵⁸⁾.

Desse modo, as enfermeiras reconhecem que o modelo hospitalocêntrico asilar, desde a Reforma Psiquiátrica, não tem sido o mais adequado para possibilitar a (re)inserção social da pessoa com transtorno mental. Associa-se a esta situação as limitações que as enfermeiras apresentam para assistirem estes usuários e que serão apresentadas mais adiante nesta tese. Outro aspecto percebido por uma das enfermeiras (E12) relaciona-se com a família do usuário com transtorno mental que na sua percepção não foi preparada para lidar com esta nova situação.

Historicamente, a família esteve afastada da pessoa com transtorno mental em decorrência do uso de um modelo de internamento hospitalar. Com isso, esta era alijada do processo de cuidado. A partir do contexto da Reforma Psiquiátrica a família passou a ser compreendida como elemento essencial na produção do cuidado em saúde mental, uma vez que esta pode atuar modificando comportamentos, aprendendo formas de manejo e interação com a equipe de saúde⁽¹⁵⁹⁾.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o tema *família* passou a ser mais evidenciado, uma vez que o membro da família, com transtorno mental volta para o cenário domiciliar e a circular neste cenário e pela sociedade. Com isso, espera-se da família uma retomada na responsabilização pelos seus familiares. Responsabilizar a família por comportamentos patológicos repercute de forma negativa nesses espaços, o que gera sentimentos de impotência e incapacidade entre seus membros⁽¹⁶⁰⁾.

Ao finalizar esta subcategoria constatei que as representações sociais das enfermeiras estiveram revestidas de uma pluralidade de elementos, contradições e aspectos que devem ser (re)pensados no intuito de efetivar a verdadeira *práxis* de enfermagem na produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

10.2.2. Possibilidades e instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental

Nesta subcategoria identifiquei como as enfermeiras participantes do estudo percebem e representam as possibilidades/instrumentos para a produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Os recortes temáticos empregados nesta subcategoria são oriundos do questionamento dirigido as participantes do estudo sobre as possibilidades/instrumentos que estas dispunham para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, bem como as limitações para a produção deste cuidado.

Após a leitura das falas das enfermeiras percebi que estas utilizaram diferentes elementos que consideram relevantes para a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica, sendo estes: **processo de encaminhamento do usuário portador de transtorno mental** e o **tratamento medicamentoso como cuidado**; o **vínculo, acolhimento** e a **escuta** e; **as atividades grupais**.

O encaminhamento da pessoa com transtorno mental foi percebido por algumas enfermeiras com uma forma de cuidado, este encaminhamento pode associar-se a uma dificuldade por parte da profissional em atender a uma necessidade de saúde mental, bem como, uma forma de ofertar a este usuário serviços especializados requeridos em algumas circunstâncias.

Seria uma coisa muito de encaminhar [o usuário com transtorno mental] [...] (E1).

[...] a gente encaminha [o usuário com transtorno mental] para o próprio psicólogo do NASF [...] (E3).

[...] é mais essa questão de identificação [do usuário com transtorno mental] e encaminhamento [...] (E19).

Por outro lado, esta situação relaciona-se com a percepção que as participantes do estudo têm sobre o processo saúde-doença, em que a lógica da especialização do atendimento ganha maior visibilidade no cenário dos serviços de saúde. A prescrição de medicamentos e a sua administração são representados como forma de produção de cuidado em saúde mental. Tal prática associa-se a um conceito cujo cerne limita-se à doença e cura. O emprego da medicalização entendido como gerador do cuidado em saúde mental pode ser visto como algo que ameniza os sintomas, entretanto, mascara o sofrimento conduzindo o usuário ao agravamento do quadro ou mesmo à cronicidade⁽¹⁶¹⁾.

[...] administrei a medicação nele [pessoa com transtorno mental] (E9).

[...] o que ela [médica] faz no máximo, é trocar receita [...] (E10).

[...] desde quando eu me formei na verdade a participação da gente era exclusiva em troca de receita [...] (E12).

[...] a medicação dela [usuária com transtorno mental] está aqui no armário [...]
(E16).

Neste contexto, uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente aos serviços da atenção básica, considerados a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar resposta ao seu sofrimento de modo rápido e eficaz. Entretanto, uma série de circunstâncias dificultam o acolhimento e o tratamento dos usuários. A falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento pelos gestores dentre outras, fazem com que a demanda em saúde mental seja tratada apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento⁽¹³⁸⁾.

O encaminhamento e a ênfase dada à medicalização como elementos que objetivam os instrumentos/possibilidades para a produção do cuidado em saúde mental convergem para uma dinâmica assistencial individualizada, passiva e pouco criativa⁽¹⁵⁰⁾. Nos recortes das falas de E10 e E12 a representação sobre a possibilidade de cuidado em saúde mental além de se pautar no uso de medicamentos, novamente se ancora no que o outro trabalhador da equipe, o médico, produz. Isto evidencia que a prática cotidiana da enfermeira na Estratégia Saúde da Família, produz e se reproduz a partir do que emerge no seu universo consensual.

Outros elementos que emergiram da fala de algumas entrevistadas foram: o acolhimento, o vínculo e a escuta como dispositivos essenciais para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental. Estes constituem um tripé de grande importância na produção do cuidado em saúde mental e estão intimamente relacionados. Desse modo, há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos

casos como recurso para evitar a lógica do encaminhamento⁽¹³⁸⁾ já discutido anteriormente como possibilidade para cuidado em saúde mental.

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário e, concomitantemente, possibilita a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que necessitam ser consideradas⁽¹⁶²⁾.

O 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais⁽¹⁶³⁾.

No recorte de E3 a seguir, embora exista um reconhecimento do acolhimento como possibilidade para a produção do cuidado em saúde mental, esta não o toma na sua essência e afirma que as a instituição de ações programáticas é que configura o desenvolvimento do cuidado em saúde mental. A situação apresentada mostra como a materialidade acerca das ações ganha espaço na prática profissional e a subjetividade se torna algo secundário.

[...] a gente procura acolher e escutar [pessoa com transtorno mental], mas, não existe uma ação específica programática [...] (E3).

[...] a gente procura ter um melhor acolhimento, acolher [o usuário com transtorno mental] [...] (E9).

[...] ela [pessoa com transtorno mental] precisa de um acompanhamento e acho que o acolhimento até isso existe você acolher, você receber, você encaminhar (E13).

Desta maneira, o acolhimento desenvolvido nas USF constitui-se num dispositivo para a formação de vínculo e a produção do cuidado entre trabalhador e usuário. Estes encontros com os usuários possibilitam à enfermeira identificar demandas de saúde em seu território. Isto implica na construção de recursos coletivos e individuais de cuidado⁽¹⁴³⁾.

O vínculo, como elemento relevante na produção do cuidado em saúde mental amplia a eficácia das ações de saúde e contribui para que o usuário seja coparticipante neste processo. Este instrumento deve ser entendido como espaço de construção de sujeitos autônomos (trabalhador-usuário), visto que, não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na qualidade de sujeito que fala, julga e deseja⁽¹⁶⁴⁾.

Segundo os fundamentos e diretrizes, impressas na política nacional da atenção básica, o vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, o que possibilita aprofundar o processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico⁽²¹⁾.

[...] esses pacientes [usuários com transtornos mentais] são desconfiados né? Até criar um vínculo com o novo profissional leva um tempo [...] (E2).

[...] dentro dessa lógica da saúde da família é o vínculo estreito que você tem com a comunidade [...] (E5).

[...] encaminhei [portadora de transtorno mental] para o CAPSia, e aí ela retorna pra conversar, ela inclusive mudou pra área, mas criou esse vínculo comigo então ela volta pra mim [...] (E18).

A formação do vínculo se dá pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos. Entretanto, em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas distintas o usuário busca assistência, em seu estado físico e emocional fragilizado junto ao trabalhador de saúde, supostamente capacitado para atender e cuidar da etiologia da sua fragilidade⁽¹⁶⁵⁾.

A escuta emergiu como outra possibilidade/instrumento para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental. Nesta vertente, algumas habilidades interpessoais carecem ser desenvolvidas, dentre as quais, a escuta é entendida como um instrumento indispensável à relação de ajuda⁽¹⁶¹⁾.

[...] Quando a boca cala o corpo fala não é isso? [...] Quando se promove um grupo que você permite que as pessoas falem também você está promovendo saúde mental [...] (E1).

E1 reconhece que o não compartilhamento do usuário sobre suas necessidades e angústias contribui para a manifestação do adoecimento físico. Com isso, a incapacidade de se

expressar ou transmitir emoções e sentimentos – inclusive de agressividade – resulta em importante mecanismo de agressão ao corpo e, por consequência, em causa de doenças⁽¹⁶⁶⁾.

[...] ela [usuário com transtorno mental] precisa, talvez, falar, ser ouvida (grifo do autor) para ter troca [...] (E3).

[...] quando a gente escuta alguém, na consulta de planejamento familiar, que a mulher desabafa por algum problema, então eu acho que ali eu estou cuidando da saúde mental dela. [...] (E5).

No escutar, colocamo-nos no espaço objetivo externo e subjetivo interno do outro, por meio de uma participação, de um compartilhar do vivido, diferentemente de ouvir que se caracteriza apenas pela constatação de algo por meio do sistema auditivo, isto é, uma ação fisiológica que demanda uma constituição neurológica⁽¹⁶⁷⁾.

Portanto, o serviço de saúde deve se organizar para assumir a sua função central de acolher, escutar (grifo do autor) e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população ou minimizar danos e sofrimentos desta. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são essenciais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde⁽²¹⁾.

Uma das enfermeiras entrevistadas usa o termo *escuta qualificada* para designar uma relação que se estabelece entre trabalhador e usuário com a finalidade de identificar as necessidades na perspectiva do usuário.

[...] Eu acho que uma ação que está atrelada ao cuidado em saúde mental na saúde da família é a escuta qualificada desse paciente [pessoa com transtorno mental] pra você saber o que ele vai aceitando, o que ele vai buscando [...] (E18).

Diante disso, a falta de um espaço onde aconteça a *escuta qualificada* faz com que um mesmo usuário retorne outras vezes à unidade de saúde, ao mesmo tempo em que geram nestes um sentimento de irritação por não ter uma necessidade de saúde atendida. Assim, a escuta deve ser tomada como instrumento capaz de propiciar resolutividade no atendimento⁽¹⁶⁸⁾.

Mesmo a escuta sendo identificada como elemento inerente à produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, uma enfermeira afirma que a forma como o processo de trabalho está organizado e considerando, o tempo necessário à escuta estes são fatores que a impossibilita de operacionalizá-la em seu trabalho. Isto é algo que compromete a assistência direta ao usuário com transtorno mental e aos demais usuários, quando se pensa numa perspectiva de integralidade do cuidado.

[...] se a gente tivesse como tirar um dia, tirar uma hora pra essas pessoas [pessoas com transtornos mentais] serem ouvidas [...] (E17).

Esta situação é preocupante uma vez que a ausência da escuta pode ter para o usuário um significado negativo, ou seja, de que este não merece que os profissionais lhes dediquem tempo ou ainda ser visto como uma falta de interesse do profissional para ele, o que pode levá-lo a construir ou ampliar um sentimento de desvalorização⁽¹⁶¹⁾. Portanto, para que a escuta seja efetivada, faz-se necessário por parte de quem escuta suspender julgamentos e

evitar distrações e oferecer o tempo necessário (grifo do autor) para que o usuário formule a sua ideia⁽¹⁶⁹⁾.

As atividades grupais emergiram das falas de algumas entrevistadas como outra possibilidade/instrumento para a produção do cuidado em saúde mental. Desse modo, o grupo pode ser compreendido como:

[...] um *lócus* que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, a biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e externo⁽¹⁷⁰⁾.

O processo grupal, desde que bem planejado em sua finalidade, estrutura e manejo permite uma valiosa troca de experiências e transformações subjetivas que não seriam atingíveis numa abordagem individualizada. Isto se deve à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível⁽¹⁴³⁾.

Distintas vertentes de grupo foram representadas nas falas das enfermeiras. No caso de E1, a seguir a percepção volta-se para a utilização do grupo como um espaço de trocas e recurso para se promover a saúde mental dos usuários.

Quando se promove um grupo que você permite que as pessoas falem também você está promovendo saúde mental [...] (E1).

Nesta perspectiva, o homem não vive só. Para sobreviver e se desenvolver necessita dos grupos, os quais se constituem como cenários onde podem ser trabalhadas as relações, além do que, possibilita a obtenção de ajuda e troca de experiências necessárias para a vida. Assim, os grupos oferecem oportunidades para o enfrentamento de medos, das angústias, culpas e dos conflitos presentes no cotidiano do homem⁽¹⁷¹⁾.

Os motivos para utilização da estratégia de atividades grupais existem no sentido de mobilizar, estimular, educar, capacitar para o trabalho e para a vida em sociedade, orientar, assim como, abordar problemas de relacionamento. O seu uso deve-se em parte, às vantagens econômicas, em tratar várias pessoas ao mesmo tempo e ainda, pela economia de recursos humanos⁽¹⁷¹⁾. Os grupos têm a capacidade de recriar ambientes familiares, sociais, o que possibilita o desenvolvimento de habilidades, de criações e desse modo, ele é entendido como um instrumento terapêutico eficiente⁽¹⁷³⁾.

Outra vertente de grupo é aquela dirigida às atividades manuais. Com esta especificidade o Ministério da Saúde toma como sinônimo as oficinas terapêuticas que se constituem numa atividade grupal de socialização, expressão e inserção social⁽¹⁷²⁾.

Desse modo, E8 e E14, em seus fragmentos apresentados a seguir ancoraram suas representações sociais de grupo numa abordagem voltada ao desenvolvimento de atividades que certamente contribuiriam para a construção de habilidades concomitantemente a um sentimento de utilidade, por parte dos usuários participantes do grupo.

[...] era pra gente ter um grupo [com enfoque em saúde mental] [...] desenvolver alguma atividade sei lá [...] habilidade deles [pessoas com transtornos mentais] pintura, para o artesanato eu acho que a gente deveria, poderia desenvolver isso aqui na própria unidade sem precisar estar encaminhando o pacientes para o CAPS [...] grupo de terapia eu acho (E8).

[...] os pacientes de saúde mental, eles necessitam e recursos assim, de trabalhar com o manual, com trabalhos manuais: crochê, tricô, é pintura de quadros, de tela, de papel [...] (E14).

[...] a gente está pensando em criar essa oficina [...] Eu acredito muito no trabalho manual, eu acho que acalma, faz com que eles se sintam úteis e eu acho que eles precisam estar perto de outras pessoas [...] (E17).

Certamente, a representação de grupos como elemento para a produção do cuidado em saúde mental, emerge como possibilidade de oferta dos serviços de saúde e constitui-se como um elemento a mais da rede social de cuidado aos usuários do território de referência⁽¹⁴³⁾.

No entanto, uma enfermeira mesmo representando o grupo como possibilidade na produção do cuidado em saúde mental coloca em dúvida a sua funcionalidade quando direcionado aos usuários com transtornos mentais. Esta situação evidencia que a participante do estudo cristaliza sua representação social na impotência e incapacidade ancorada ao portador de transtorno mental. O modo como a enfermeira designa o usuário com transtorno mental traz em seu bojo evidências sócio-históricas sobre o modo como o “louco” e a “loucura” foram percebidos na sociedade ao longo do tempo.

[...] vai dar certo a gente [equipe de saúde da família] fazer um grupo com os doidinhos? (E10).

O recorte da entrevista anterior exemplifica como o conhecimento do universo consensual da enfermeira emerge na construção de sua representação. Ademais esta assume uma postura na contramão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, o que converge para um distanciamento do entendimento da Estratégia Saúde da Família como um importante dispositivo de atenção psicossocial no rol de serviços substitutivos em saúde mental.

O fragmento da fala de E10 acima pode ser indicativo de um reflexo pautado num modelo biomédico e que contribui para uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas em relação ao usuário com transtorno mental⁽¹³⁸⁾.

A atividade grupal foi associada por duas enfermeiras à terapia comunitária. Embora E9, conforme o recorte de sua fala apresentado a seguir afirme não saber como utilizá-la foi capaz de associá-la à produção do cuidado em saúde mental. A terapia comunitária passou a ser usada a partir do final da década de 1980 no estado do Ceará, e desde então vem sendo empregado como uma tecnologia de cuidado⁽¹⁷³⁾.

[...] a terapia comunitária [...] a gente tem o hábito de fazer essa roda e conseguir conquistar a comunidade [...] (E3).

[...] tem a roda de terapia, eu não sei como é que funciona [...] (E9).

A terapia comunitária caracteriza-se como uma ferramenta à disposição dos trabalhadores da atenção básica no campo da saúde mental a ser utilizada no território de

atuação. A atividade organiza-se como um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. Busca trabalhar de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares^(143,173).

Ao finalizar esta subcategoria que discutiu as possibilidades/instrumentos utilizados pelas enfermeiras para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, constatei que as participantes do estudo, embora não tenham se apropriado dos instrumentos/possibilidades para a produção de cuidado em saúde mental, demonstraram conhecer recursos inerentes a sua gestão. A identificação de elementos que dificultam o desenvolvimento prático deste cuidado certamente contribuirá para novas reflexões no sentido de se (re)pensar mecanismos para que o cuidado em saúde mental seja concretamente efetivado nos cenários das equipes de saúde da família.

10.2.3. Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental

Esta subcategoria traz as percepções das enfermeiras sobre os elementos nos quais se ancoram as limitações para a produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. A partir das falas das participantes do estudo constatei que estas percebem como limitações para a produção do cuidado em saúde mental aspectos que se relacionam a: **formação profissional em saúde mental; o medo de lidar com o usuário com transtorno mental e; a sobrecarga de trabalho na Estratégia Saúde da Família.**

Existe grande dificuldade de implantação do que é preconizado pelas políticas públicas. As práticas de saúde mental na atenção básica estão muito vinculadas ao modelo biomédico como já discutido em momento anterior, o que colabora para a falta de preparo dos

profissionais ⁽¹³⁶⁾. Sobre a formação em saúde mental, as enfermeiras participantes do estudo retratam em suas falas uma deficiência em seus processos de formação durante a graduação e após a sua inserção nos serviços de saúde, situação esta que se associa a invisibilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. No fragmento da fala de E1 o cuidado em saúde mental é percebido como algo complexo e, o despreparo associado aos processos formativos faz com que este não seja incorporado ao processo de trabalho da enfermeira.

[...] tudo que a gente não entende a gente acha complicado e complexo [...] eu mesma não tenho capacitação nenhuma voltada para a saúde mental a não ser essa mesma capacitação de sete dias que a meu ver é muito pouco pra uma coisa tão complexa [...] Eu não me vejo ainda assim, fazendo um acompanhamento, um atendimento com bastante firmeza, destreza em saúde mental não. [...] a minha formação é muito recente [graduou-se em 2011], eu considero muito boa, mas, ainda está voltada para o individual, a gente ainda não conseguiu abrir os olhos para o geral e, saúde mental é isso. [...] (E1).

A enfermeira evidencia uma formação recente, no entanto, o projeto político pedagógico do curso de graduação realizado, possivelmente, não atende integralmente às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem, propostas pelo Ministério da Educação. Este, por meio das diretrizes, tem apontado a necessidade de uma educação mais flexível, criativa, reflexiva e que busque respostas aos desafios da atenção à saúde da população. Existe a necessidade de uma formação profissional que possibilite ao profissional enfermeiro atuar com senso de responsabilidade social e como promotor da saúde

integral (grifo do autor) do ser humano pautada nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS⁽¹⁷⁴⁾.

Nos recortes das falas das enfermeiras deste estudo, há uma ancoragem às deficiências percebidas na disciplina de enfermagem em saúde mental, especialmente, quando elas se referem a parte prática cujas habilidades foram desenvolvidas exclusivamente no contexto hospitalar, não sendo este, na atualidade o principal dispositivo para a produção do cuidado em saúde mental numa perspectiva de integralidade e favorável a reabilitação psicossocial.

[...] Quando eu tive o meu estágio de saúde mental, no caso, no Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico], apenas lá. (E7).

A gente sai da graduação sem saber como trabalhar o indivíduo, saúde mental na unidade de saúde da família [...] (E16).

[...] eu tive uma formação muito hospitalocêntrica, onde eu estudei era tudo muito hospital [...] (E17).

Os processos formativos que se pautam no modelo biomédico e hospitalocêntrico, contrário aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, certamente leva as enfermeiras a reproduzirem ações características do modelo biomédico, esta situação contribui para que a produção do cuidado em saúde mental não seja incorporada ao processo de trabalho das enfermeiras na prática cotidiana na Estratégia Saúde da Família.

Sobre a formação acadêmica dos profissionais de enfermagem, percebe-se que esta continua sendo gerada a partir de um currículo organizado por disciplinas com ênfase nas especialidades. Esta falta de integração entre elas pode contribuir para docentes sem uma prática educativa interativa e futuros profissionais reproduzindo uma prática assistencial fragmentada, que contribui para uma conformação do modelo manicomial⁽¹⁷⁵⁾.

A situação exposta anteriormente é preocupante considerando que, ao se defrontar com a realidade, o novo profissional pode vivenciar uma contradição paradigmática, pois não está apto a lidar com situações cotidianas em que usuários demandem ações de saúde mental nos serviços de saúde da família. Isso pode gerar uma prática de encaminhamento a profissionais especializados sem o mínimo de acolhimento e resolutividade nos cuidados de enfermagem⁽¹⁷⁵⁾, situações essas identificadas e já discutidas anteriormente nesta tese. Estabelecer o diálogo entre saúde mental e atenção básica, nos cursos de graduação em enfermagem pode ser um importante instrumento para mudar a situação que ora se apresenta.

Ademais, algumas enfermeiras por meio de suas falas evidenciaram que a formação pautada na educação permanente em saúde emerge como algo paradoxal, ou seja, ao mesmo tempo em que E8 sinaliza como fator limitador a falta de motivação e interesse do trabalhador para com a temática, distintamente, E2 e E10 em suas falas apresentadas abaixo relatam que a formação recebida por parte da Secretaria Municipal de Saúde não foi suficiente para a operacionalização de forma concreta e efetiva o cuidado em saúde mental, especificamente, aos usuários com transtorno mental.

[...] eu diria que não me sinto apta, porque assim, por mais que a gente teve essa capacitação de quarenta horas [...] eu não me sinto 100% segura de atender um paciente com transtorno mental [...] (E2).

O que dificulta é só a gente ter a vontade de fazer, porque a gente tem o espaço, a gente já foi capacitada tanto o enfermeiro, a equipe inteira foi capacitada em saúde mental. [...] saúde mental não sei, a gente não tem assim, aquele estímulo da própria equipe [...] (E8).

[...] Depois da capacitação [em saúde mental], pra mim foi à mesma coisa [...] O contato que a gente tem aqui é muito pouco, com os pacientes de saúde mental. [...] O despreparo para lidar com essas pessoas [...] (E10).

No contexto anterior, a educação deve ser compreendida como um processo permanente que nasce durante a graduação e que deve ser mantida durante a vida profissional, por meio da parceria estabelecida entre as instituições formadoras, os serviços de saúde, a comunidade e outros segmentos da sociedade civil⁽¹⁷⁶⁾.

A formação por meio da atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não o seu cerne. Isto faz com que a formação envolva outros elementos como a produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Esta deveria ter como referência a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às diversas dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações⁽¹⁷⁷⁾.

Dessa forma, a educação permanente em saúde deve ser tomada como uma ferramenta importante na formação das participantes deste estudo, o que poderia implicar numa efetiva produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Portanto,

a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola⁽¹⁷⁸⁾.

Outro fator presente nos fragmentos das falas de algumas enfermeiras refere-se a falta de afinidade em lidar com os usuários com transtornos mentais, como evidenciado nos recortes a seguir de E3 e E9. A falta de afinidade pode ser justificada por outro elemento no qual as enfermeiras ancoraram suas limitações para a produção do cuidado em saúde mental: o medo em lidar com o usuário com transtorno mental, que será discutido *a posteriori*.

É [...] capacitar né? [risos] sensibilizar, porque assim, por mais que a gente receba capacitação, mas se é uma área que eu não tenho muita afinidade (grifo do autor) eu vou sempre ter bloqueio [...] (E3).

[...] eu não tenho manejo com pacientes de saúde mental [...] a gente tem que ser mais sensível quando se trata de um paciente desse, não é? E aí eu tenho o medo de perder o equilíbrio na hora, de não ter aquela sensibilidade que o paciente precisa, entendeu? [...] desde a época da faculdade eu nunca quis trabalhar com pacientes de saúde mental (grifo do autor) [...] (E9).

Neste caso, o sentimento de medo emanado do universo consensual se sobrepõe ao que é próprio do universo reificado, ou seja, o (des)conhecimento que as participantes da pesquisa têm com relação ao cuidado em saúde mental, uma vez que, como já apontado anteriormente nesta tese, as enfermeiras ancoraram seus significados no transtorno mental, entendido como doença para representar o cuidado em saúde mental.

Outro elemento atrelado à formação das enfermeiras, presente na fala de uma participante da pesquisa refere-se à falta de cobrança por parte da gestão dos serviços de saúde, das ações produzidas por ela no campo da saúde mental. Esta situação corrobora para que a incorporação da produção do cuidado em saúde mental não se concretize na prática cotidiana da enfermeira.

[...] todos os profissionais foram capacitados [...] Foi um curso grande, todos passaram por uma semana de capacitação, aprendemos bastante [...]. Toda a equipe foi capacitada, mas, assim, a gente ainda não conseguiu descobrir como colocar isso em prática [...] falta de política pública mesmo, de cobrar dados, de cobrar resultados em relação ao que falei de saúde mental. [...] (E4).

O fragmento anterior reforça mais uma vez o quanto a enfermeira está acostumada com um modelo de produção capitalista, cuja lógica de produtividade em saúde, especialmente, a cobrança do que se produz, ancora a representação social da mesma, ou seja, a enfermeira mensalmente deve encaminhar a sua produtividade e esta passa a ser um dos instrumentos de avaliação por parte da Secretaria Municipal de Saúde sobre o desempenho dela na equipe de saúde da família.

O sentimento de medo em relação ao usuário com transtorno mental foi identificado e retrata as representações sociais que algumas enfermeiras têm acerca das limitações para a produção do cuidado em saúde mental. De forma expressiva, esta situação pôde ser constatada em fragmentos das falas de oito entrevistadas.

[...] vem um paciente com transtorno mental grave e se ele entrar em surto (grifo do autor) aqui na unidade? Entendeu? Aí a gente fica meio limitada com isso, meio receosa [...] (E2).

Quando eu estudei [graduação], eu tinha colegas que eles tinham medo de ir para o Afrânio [hospital psiquiátrico]. (E6).

[...] a gente não pode ter contato com eles [pessoas com transtornos mentais] (E10).

[...] eu cheguei a casa [da pessoa com transtorno mental] super assustada [...] é esse receio que a equipe fica [...] (E12).

[...] o medo até do profissional de estar lidando com certos transtornos [...] a gente não tem preparação pra estar lidando com aquele transtorno naquele momento; aquele surto (grifo do autor). [...] (E15).

[...] a grande maioria dos profissionais tem até certo receio de se trabalhar com o doente de saúde mental, acho que é por medo. [...] tem profissionais que tem medo da agressão (grifo do autor) [...] (E16).

[...] foi muito clínica de loucos. E aí criou um estigma, as pessoas têm medo [...] (E17).

[...] tem muito profissionais que tem medo de lidar com o paciente portador de transtorno mental [...] (E19).

Grande parte das enfermeiras participantes do estudo ao representar as limitações para a produção do cuidado em saúde mental traz em sua fala elementos que se ancoraram no medo em lidar com as pessoas com transtornos mentais. Esta situação contribuiu e continua contribuindo para a exclusão social que ocorre no território e dentro do próprio espaço físico da unidade de saúde. Quando se fala em pessoa com transtorno mental, constrói-se uma imagem negativa de perigoso, amedrontador com aspecto geral deteriorado, que foi sendo construída ao longo dos anos na sociedade e transmitida às pessoas no ambiente familiar por meio de filmes, reportagens na imprensa escrita e televisiva⁽¹⁷⁹⁾.

Esse imaginário social do “louco” e da “loucura” emerge nas falas das enfermeiras, uma vez que, como sujeito da história, estas assimilaram os conceitos recebidos do convívio social, por meio de seus universos consensuais, espaço este, onde naturalmente as suas representações sociais são produzidas. Nesta vertente, Foucault⁽²⁹⁾ em sua obra a *História da loucura* aponta que a estigmatização do “louco” prevaleceu ao longo do tempo o que consequentemente possibilitou a exclusão social dessas pessoas.

Portanto, as representações sociais da “loucura” ainda são marcadas por estigmas e preconceitos, a partir dos conceitos cristalizados nas falas das enfermeiras. Esse sentimento de medo impregnado de estereótipos associa-se ao aspecto agressividade atribuída ao usuário com transtorno mental, principalmente, em situações de crise, como evidenciado nos fragmentos abaixo das falas de E2, E15 e E16. Desse modo, a periculosidade é reconhecida como única expressão possível do sujeito, as diversas facetas de sua existência não encontram meios para sua expressão, fato esse que, por ser fundamentalmente redutor, impede o equacionamento de suas necessidades⁽¹⁵⁸⁾.

A agressividade, violência e imprevisibilidade são atributos historicamente associados à doença mental, mas que a prática da reforma, desde a comunidade terapêutica aos serviços territoriais, tem demonstrado que na verdade, também a agressividade pode ser dialeticamente trabalhada e transformada. Todas as infindáveis maneiras de expressão do sofrimento são reduzidas, por definição, em uma única possibilidade de expressão: o comportamento agressivo e violento. Ao mesmo tempo, não é dada à violência manifesta de um determinado indivíduo a possibilidade de defesa, elucidando as razões do ato transgressor⁽¹⁵⁸⁾.

Periculosidade, agressividade e medo fazem parte de um mesmo processo de construção histórica no qual se manifesta um círculo vicioso em que a noção de periculosidade potencializa a percepção de agressividade, aumenta o estigma da exclusão e alimenta o medo dos trabalhadores de saúde⁽¹⁸⁰⁾. Desse modo, olhar a agressividade apenas como uma manifestação destrutiva e insalubre contribui para a prática de intervenções direcionadas ao ajuste e o enquadramento do sujeito. É necessário que as enfermeiras percebam, nessas

manifestações de agressividade em crise, mais esperança do que desespero, mais carência do que maldade, mais apelo do que destrutividade e passem a intervir com o sujeito e para o sujeito⁽¹⁸⁰⁾.

Para finalizar esta subcategoria, outro aspecto evidenciado pelas enfermeiras, como limitação para a produção do cuidado em saúde mental referiu-se a sobrecarga de trabalho presente na Estratégia Saúde da Família. Elas afirmam que suas jornadas de trabalho são repletas de atividades, assim, justificam a falta de atenção voltada aos aspectos concernentes à saúde mental.

[...] A gente tem muita demanda assim de tarefa, de coisa e acaba sem achar espaço pra esse tipo de ação (E3).

[...] a gente tem uma rotina muito corrida [...] a rotina da unidade é muito árdua e às vezes a gente deixa assim desejar [...] Nossa comunidade está com um número [de habitantes] bem expressivo [...] (E6).

[...] porque o hospital [psiquiátrico] não aceita mais [pessoa com transtorno mental], tendo eu que lidar com aquele paciente dentro do domicílio [...] E aí empurraram isso goela abaixo para a equipe de saúde da família porque nós somos os mais próximos que existe [...] (E12).

Nós não temos muito tempo pra isso, e acaba que a gente deixa passar [...] (E17).

[...] aqui já é uma área que está com uma demanda muito grande [...] (E18).

[...] são tantas as atividades que a gente faz durante a semana são tantos os programas que colocam pra gente desenvolver que acaba que a gente esquece um pouquinho, esquece muito dessa outra parte [saúde mental] que é muito importante [...] (E19).

O quantitativo de usuários que compõem a área adstrita da equipe emergiu de forma significativa como uma limitação para a produção do cuidado em saúde mental. A situação anterior gera maior demanda a todos os membros da equipe e conseqüentemente traz implicações para o cuidado que é oferecido.

Sobre o aspecto dimensionamento de pessoal na Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde, aponta que:

cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe⁽²¹⁾.

Todas as equipes nas quais as enfermeiras participantes deste estudo atuam, sem exceção, como já apresentado na trajetória metodológica desta pesquisa, atendem a uma população superior a 4.000 pessoas. Outro aspecto que deve se levar em conta é o grau de

vulnerabilidade dos usuários que residem nos territórios onde estas equipes estão inseridas, uma vez que, encontram-se instaladas em bairros periféricos do município, cujas condições socioeconômicas são inferiores aos usuários que residem no centro e em outros bairros considerados nobres, cujo modelo adotado é o das especialidades da atenção básica por meio da UBS e não o da Estratégia Saúde da Família. Esta situação ilustra a complexidade de atuar na periferia do tecido social em que distintas demandas e necessidades de atenção à saúde são exacerbadas.

Diante do que foi discutido nesta subcategoria percebi que o trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família esbarra em distintas limitações que direta ou indiretamente contribuem para a forma como o cuidado em saúde mental é representado. Com o que foi apresentado pude notar que a produção do cuidado em saúde mental tem sido relegada a partir de carências das próprias enfermeiras, dos serviços de saúde e das instituições formadoras.

10.3. CATEGORIA TEMÁTICA 3 - A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Das falas das enfermeiras surgiram elementos que puderam ser relacionados ao (des)conhecimento destas acerca dos serviços de saúde que integram a rede de atenção à saúde mental⁴.

Esta situação emergiu uma vez que a representação social funciona como um crivo de leitura do mundo, uma perspectiva por meio do qual o indivíduo observa e compreende não apenas os fatos ao seu redor, mas também, a própria existência. Desse modo, como modalidade de conhecimento a gênese de uma representação implica numa atividade

⁴ Nesta tese os termos rede de atenção em saúde mental e rede de atenção psicossocial foram empregados como sinônimos no sentido de representar uma forma de arranjo organizativo entre os distintos serviços de assistência à saúde mental.

concomitantemente singular e coletiva. Com isso, as Representações Sociais têm a função de nortear as pessoas em seu ambiente, servindo de guias referenciadores da ação⁽¹⁸¹⁾.

Desse modo, as enfermeiras trouxeram em suas falas elementos que me possibilitaram depreender esta categoria temática cuja essência é a organização dos serviços de saúde mental no município cenário de estudo.

10.3.1. (Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental

Embora não tenha feito parte do instrumento de coleta de dados uma questão específica sobre rede de atenção em saúde mental, elementos que representam esta condição foram identificados. Assim, nesta subcategoria são apresentados aspectos nos quais as enfermeiras se ancoraram para representar a rede de atenção à saúde mental do município em que atuam.

Por meio da análise das falas, foram feitos recortes em que as enfermeiras desvelam suas representações sociais sobre a forma como estas percebem outros dispositivos de produção de cuidado em saúde mental. Considerando as especificidades e distintos níveis de complexidade quando se pensa na produção do cuidado em saúde, especificamente, da atenção em saúde mental, a forma como se dá a organização dos diferentes equipamentos de saúde e o fluxo dos usuários nestes serviços se torna fundamental.

Muito se tem falado sobre redes, especialmente, as redes de atenção à saúde. “Já na Constituição Federal, na qual o SUS se inscreve, no *caput* do artigo 198 está posto: as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede (grifo do autor) regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado segundo as seguintes diretrizes: [...]”⁽¹⁸²⁾.

As redes de atenção à saúde são entendidas como organizações poliárquicas do conjunto dos serviços de saúde, vinculadas entre si, com uma proposta única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que possibilitam oferecer atenção contínua e integral a determinada população, sendo coordenada pela atenção básica – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população⁽¹⁸³⁾.

A partir do conceito de redes e das categorias temáticas anteriormente apresentadas nesta pesquisa, identifiquei uma dificuldade por parte das enfermeiras em perceberem a existência de uma rede estruturada em relação aos serviços de saúde mental. Esta situação pode ser identificada no fragmento abaixo em que a enfermeira enfatiza as dificuldades encontradas para possibilitar a circulação do usuário entre os distintos serviços de saúde mental.

[...] nós não temos um suporte, por exemplo, se esse paciente entrar em surto ou se esse paciente tiver uma crise aqui na unidade nós não temos assim pra onde encaminhar [...] uma parceria pra dizer assim: pode encaminhar pra tal lugar, temos os CAPS [...] Então eu acho que essa falta de estruturação deixa a gente um pouco limitada [...] poderia ser montada uma rede (grifo do autor), uma estrutura melhor pra dar um suporte [...] eu acho que o próprio hospital [hospital geral] não está preparado pra receber esses pacientes ainda [...] quanto a estrutura da rede complica um pouco mais, porque aí independe da gente (E2).

Assim, E2 em sua fala acima não reconhece a existência de uma rede estruturada e funcionante. Esta situação impõe na percepção da enfermeira limitações no processo de

encaminhamento de usuários em situações de crise e que exigem uma abordagem especializada em saúde mental. Ademais, este aspecto contribui para que o usuário muitas vezes se perca dentro dessa estrutura de atenção à saúde, o que a descaracteriza como uma rede de atenção por se assemelhar mais a um emaranhado do que propriamente uma rede.

No trecho a seguir E5 reforça o que foi pontuado anteriormente, embora a enfermeira reconheça os CAPS como dispositivos de atenção psicossocial inerente à rede de atenção à saúde mental, não traz claramente em sua fala o entendimento do que seria de fato o seu papel numa proposta de redes de atenção à saúde.

[...] [as enfermeiras] precisam conhecer melhor a rede para a gente saber qual o encaminhamento poderia ser dado. Hoje a gente já sabe que existe o CAPS [...] a rede ainda precisa implementar, funciona de uma forma, mais ainda precisa ter mais alguma coisa. [...] (E5).

Quando se pensa em redes é necessário fazer mapas, cartografia dos agenciamentos e dos fluxos de desterritorializações. Somente assim poder-se-á habitar linhas de fuga que ao contrário de agir por integração em regimes de subjetivação e significação seria possível à produção de singularização, o que aumentaria a potência da força de existir, de agir e de pensar do trabalhador⁽¹⁸²⁾.

Nos recortes das falas de E4 e E11 a seguir além do desconhecimento, emergiu uma série de indagações sobre a organização e o fluxo de assistência. Em suas falas, as enfermeiras apontam um distanciamento entre o representante da gestão, no caso a coordenação de saúde mental do município e as equipes de saúde da família, bem como, a “fuga” do usuário dentro da rede de atenção à saúde mental.

[...] falta um pouquinho de comunicação e assim, às vezes chega um paciente portador de saúde mental, a gente fica meio assim sem saber pra onde encaminhar. [...] a gente encaminha o paciente, mas, nem sempre o paciente vai. (E4).

[...] conhecer os serviços que o município disponibiliza, por exemplo, quando chega algum paciente que a gente precisa encaminhar [...] Por exemplo, a gente não conhece os CAPS, tem CAPS ad, tem CAPS infantil, como é? Aonde é? Como é feito esse acompanhamento, de que forma a gente pode estar encaminhando? Qual é esse fluxo de encaminhamento? Como é feito o acolhimento lá? Como é priorizado? [...] a gente vê essa questão um pouco solta por parte da secretaria de saúde [...] não tem assim, um profissional, uma coordenadora de saúde mental que a gente nem conhece no município, então falta assim, essa integração mesmo [...] eu recebi aqui uma lista de pacientes que são atendidos no hospital Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico] e que está solicitando à equipe que acompanhe esses pacientes (E11).

Segundo a Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a rede deve ser constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial⁽⁹²⁾.

Sobre os serviços da atenção básica, estes devem ser constituídos por equipes multiprofissionais responsáveis por um conjunto de ações de saúde com o objetivo de

desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁽⁹²⁾. Os serviços da atenção básica como ponto de atendimento da rede de atenção psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede⁽⁹²⁾.

A partir das afirmações anteriores, a construção de uma rede comunitária de cuidados é essencial para a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, inclusive os serviços da atenção básica, é fundamental para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se modela na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e outros espaços das cidades⁽⁴⁾. Nesta vertente,

as redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único porque, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária⁽¹⁸⁴⁾.

Duas enfermeiras apontam para outra dificuldade que emerge quando não se tem um serviço estruturado e constantemente analisado. Elas enfatizaram que embora reconheçam os CAPS como uma forma de garantia na produção do cuidado em saúde mental, este não tem dado conta de toda a demanda existente. A situação ora identificada pode ser reflexo do encaminhamento exacerbado de casos que poderiam ser acompanhados pela própria equipe de saúde da família. E15 traz em seu recorte de fala abaixo como justificativa para esta situação o fato de o CAPS atender, também, usuários de outros municípios da microrregião de saúde, entretanto, saliento que esse contexto decorre de um processo de pactuação entre os municípios, nesta lógica, esta acaba sendo mais um elemento para justificar as deficiências na produção de cuidado nos serviços da Estratégia Saúde da Família.

A falta de vagas no CAPS leva a enfermeira a referenciar o usuário para o NASF. Isto rompe com a lógica de criação dos NASF que é a de oferecer suporte matricial para as equipes de saúde da família. Essa prática além de romper com a essência dos NASF contribui para que as enfermeiras, de um modo geral, continuem não assumindo o seu relevante papel na busca pela integralidade dentro do processo de produção do cuidado em saúde.

[...] pra onde a gente ia encaminhar? Como é que vai ser agora? Ai a gente tenta encaminhar para os grupos do NASF; porque se a gente for encaminhar pro CAPS não tem vaga. [...] a gente tem a dificuldade de estar encaminhando; tem a dificuldade de agir frente àquela situação a gente tenta conversar, tenta orientar, tenta encaminhar, mas às vezes não tem muito sucesso no encaminhamento por causa de vagas [...] (E15).

O CAPS aqui de Conquista é excelente, porém não consegue abarcar tudo, porque ele recebe circunvizinhas [municípios da microrregião] (E19).

Um aspecto positivo mencionado por algumas enfermeiras refere-se à aproximação que tem se estabelecido entre os serviços da Estratégia Saúde da Família e outros serviços inerentes a uma rede de atenção à saúde mental, como os CAPS e o hospital psiquiátrico. Nesse sentido, as enfermeiras relatam que estes outros serviços tem dialogado com a equipe de saúde da família no sentido de descentralizar ações que as equipes de saúde da família teriam condições de assumir.

Geralmente, após o usuário ser referenciado a outro serviço de atenção à saúde mental acaba sendo “excluído do território”, uma vez que no entendimento da equipe se outro serviço especializado assumiu a continuidade da assistência, logo, a equipe de saúde da família não identifica a necessidade de acompanhando do usuário referenciado. Isto passa a ser outro desafio a ser superado quando se pensa numa proposta de rede de atenção à saúde. Pelo fragmento da fala de E14 abaixo o CAPS pretende “transferir” os usuários portadores de transtornos mentais às equipes de saúde da família, quando na verdade os usuários sempre estiveram na área adstrita.

[...] o pessoal do CAPS está vindo aqui, o pessoal do Afrânio [hospital psiquiátrico] [...] Tem que ter uma conversa entre os setores (E1).

[...] eles [CAPS] querem transferir [pessoas com transtornos mentais] pra cá [unidade de saúde da família] [...] se a gente aproveitasse os recursos que a comunidade tem, não só pra saúde mental, mais também para outros grupos seria melhor [...] (E14).

E14 aponta em sua fala acima para as potencialidades que a equipe de saúde da família tem no território. Este é um pensamento que converge para a prática da

intersectorialidade no campo da saúde mental. A intersectorialidade está intimamente ligada à noção de rede de assistência, no entanto, o desafio da intersectorialidade exige a concepção de uma forma distinta de planejar, realizar e controlar a prestação de serviços, o que significa modificar a forma de articulação dos diferentes segmentos da organização governamental, que muitas vezes apresentam distintas percepções e interesses⁽¹⁸⁵⁾.

Compreende-se por intersectorialidade a relação reconhecida entre uma ou diversas partes do setor saúde com uma ou várias parte de outro setor que se tenha formado para atuar numa temática tendo como meta alcançar resultados de saúde de um modo mais efetivo, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor agindo de forma independente⁽¹⁸⁶⁾.

Desse modo, entende-se na contemporaneidade a importância da articulação com outros setores, no sentido de se estabelecer diálogos sobre os problemas que são observados no campo da saúde, mas que nem sempre decorrem da falta de assistência desta área e sim por falta de resolutividade de outros setores⁽¹⁸⁷⁾.

Portanto, a intersectorialidade ao mesmo tempo em que se coloca como necessária à construção de uma rede de atenção à saúde mental resolutiva e que atenda aos usuários de maneira integral, está posta como desafio a ser conquistado e efetivado na organização do serviços, inclusive os de saúde mental.

11 – CONCLUSÕES

Ao finalizar a discussão dos dados desta pesquisa desenvolvida junto ao curso de doutorado percebi a pluralidade de elementos que circulam nos universos consensuais das enfermeiras participantes da pesquisa acerca do objeto de estudo saúde mental na atenção básica. Esta diversidade de significados e percepções construídas pelas enfermeiras certamente contribuíram para desvelar aspectos cristalizados de suas representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

As representações sociais das enfermeiras se apresentam muitas vezes de forma singular. Este aspecto pode ser compreendido ao se considerar que as representações sociais se produzem e se reproduzem a partir de vivências e experiências construídas pelos sujeitos a partir do conhecimento científico reconstruído no senso comum.

O desenvolvimento deste estudo me possibilitou investigar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família e conhecer os significados atribuídos por elas a este cuidado, bem como, identificar e analisar o modo como estas percebem e representam as possibilidades/instrumentos e limitações para a produção deste cuidado no cenário em que as participantes do estudo atuam.

Em relação aos objetivos da presente pesquisa, pude concluir que: as enfermeiras descreveram as atividades que compõe seus processos de trabalho em uma jornada semanal na prática cotidiana. Ao falarem sobre o trabalho, cristalizaram em seus discursos a rotina desenvolvida cotidianamente e representaram seus trabalhos pelo modo como este é organizado, situação esta identificada a partir de elementos que se ancoraram nas atividades programadas e de demanda espontânea. A forma como as enfermeiras descreveram seus trabalhos evidencia como o trabalho é produzido e reproduzido a partir de um modelo de atenção pautado nas ações programáticas de saúde que tem como proposta o trabalho

direcionado aos grupos específicos da população. Neste contexto, as ações direcionadas à saúde materno-infantil tem sido prioridade segundo as percepções das enfermeiras.

As atividades percebidas pelas enfermeiras como integrantes de seus processos de trabalho puderam ser agrupadas num tripé formado por: atividades assistenciais, sendo a consulta de enfermagem o principal instrumento para a sua efetivação, as atividades gerenciais/administrativas e as educativas. Isto mostra que as enfermeiras condensaram ideias em torno de como o trabalho está organizado e as ações desenvolvidas por elas na Estratégia Saúde da Família.

Ao finalizar a descrição de suas jornadas semanais de trabalho ficou evidente a invisibilidade que o cuidado em saúde mental adquire na percepção das enfermeiras. Lidar com aspectos relacionados à subjetividade, inerentes ao cuidado em saúde mental e a organização do trabalho numa lógica de produtividade foram tomados como elementos chave para explicar a invisibilidade que cuidado em saúde mental tem adquirido, segundo as percepções analisadas.

Sobre o significado do cuidado em saúde mental, estes foram diversos e estiveram ancorados à falta de afinidade e desconhecimento das enfermeiras em relação à temática. Para algumas enfermeiras, o cuidado em saúde mental esteve ancorado na anormalidade, logo, na “doença” mental, reflexos persistentes de um modelo biomédico, centrado no mecanismo adoecimento-cura. Outro aspecto que pôde ser associado à falta de conhecimento sobre o cuidado em saúde mental foi o entendimento por parte das enfermeiras, de que este cuidado em saúde mental está ancorado a outras categorias profissionais, não se constituindo este cuidado como um elemento inerente ao processo de trabalho do enfermeiro.

Mesmo com representações que comprometem a produção do cuidado em saúde mental, algumas enfermeiras se ancoraram em elementos relacionados à integralidade da assistência de enfermagem e a (re)inserção dos usuários com transtornos mentais no território como elementos importantes para a produção do cuidado em saúde mental, no entanto, as

enfermeiras não evidenciam em suas falas a relevância da Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada dos usuários com transtornos mentais nos serviços públicos de saúde.

Com o presente estudo constatei que embora a produção do cuidado em saúde mental seja incipiente ou até mesmo inexistente, as enfermeiras reconhecem instrumentos e possibilidades para a produção deste cuidado no cenário da Estratégia Saúde da Família. Seria este o ponto de partida para se construir um trabalho no sentido de fortalecer essas possibilidades e buscar inseri-los nos processos de trabalho das enfermeiras. A interação entre instituições formadoras, serviços de saúde e comunidade se constitui num potente instrumento para construção desta nova realidade.

Consoante com os pressupostos desta pesquisa as participantes do estudo elencaram uma série de elementos que representam as limitações para a produção do cuidado em saúde mental e que foram tomados para explicar a invisibilidade que este cuidado em saúde mental ganha junto ao processo de trabalho da enfermeira. Neste contexto, as deficiências nos processos formativos em saúde mental e o medo das enfermeiras em lidar com o usuário com transtorno mental, especialmente, em situações de crise ganham maior visibilidade.

Outro aspecto inerente às limitações para a produção do cuidado em saúde mental e não menos importante refere-se a sobrecarga de trabalho das participantes do estudo e que foi percebida quando estas objetivam o excesso de trabalho ancorando-se na quantidade de usuários pertencentes à área adstrita. Esta situação evidencia a necessidade urgente de se (re)pensar o dimensionamento de pessoal na Estratégia Saúde da Família como possibilidade para a efetivação da produção do cuidado em saúde mental numa perspectiva de integralidade da assistência.

Das falas das enfermeiras surgiram elementos que contribuíram para que fosse depreendida uma categoria temática sobre o (des)conhecimento que as participantes do estudo apresentam sobre a rede de atenção à saúde mental no município cenário do estudo.

Verifiquei neste estudo que embora as enfermeiras tenham ancorado suas falas em outros dispositivos de atenção psicossocial, como forma de representar uma rede de atenção em saúde mental, estas não a reconhece como rede. Nessa vertente, os serviços de saúde da família não estão, na percepção das enfermeiras, incorporados à rede de atenção em saúde mental. Este aspecto me possibilitou identificar que nas percepções das enfermeiras a rede inexistente e dá lugar a um emaranhado de equipamentos de saúde que se relacionam com a produção de cuidado em saúde mental.

Portanto, com esta pesquisa constatei que as representações sociais das enfermeiras das equipes de saúde da família da zona urbana do município de Vitória da Conquista-BA, corroboram em alguns aspectos com outros estudos já realizados em outras realidades sociais.

12 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de uma maior articulação entre diferentes segmentos, representados pelas distintas esferas governamentais dos serviços de saúde, pelas instituições formadoras, no sentido de:

- (Re)construir estratégias que facilitem o diálogo entre os diversos equipamentos de saúde, no sentido de fortalecer a atenção básica enquanto principal porta de entrada para os usuários, inclusive, as pessoas com transtornos mentais;
- Criar mecanismos em parceria com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação na busca por um processo formativo que possibilite uma maior articulação entre saúde mental no contexto da saúde, considerando os elementos inerentes a ambas como o acolhimento, o vínculo, a escuta qualificada e a utilização de PTS;
- Rever o dimensionamento de pessoal, levando em conta o quantitativo de usuários/famílias que garantam o tempo necessário para que os profissionais da atenção básica tenham tempo para se apropriarem de elementos geradores do cuidado em saúde mental numa perspectiva da integralidade da assistência;
- Repensar o modo de conceber os serviços a partir de uma lógica capitalista, pautada na produtividade dos serviços ficando a qualidade da assistência prejudicada e consequentemente implicando na reduzida capacidade resolutive dos serviços;
- Se apropriar mais das ferramentas de educação permanente no sentido de sensibilizar e ampliar a qualificação do profissional, levando em conta neste processo, trabalhar com aspectos culturais e relacionados às crenças e valores das enfermeiras, uma vez que a

superação da realidade identificada na pesquisa ultrapassa os limites da formação técnica em saúde mental;

- Levar em conta as vulnerabilidades sociais do território em relação ao dimensionamento de pessoal nas equipes de saúde da família;
- Desmistificar os aspectos históricos-sociais acerca do “louco e da loucura” para trabalhadores e usuários para que estes elementos não sejam empecilhos para a produção do cuidado em saúde mental;
- Valorizar o desenvolvimento de subjetividades na atenção básica como integrante do processo de produção do cuidado em saúde mental e;
- Potencializar a participação das equipes de NASF por meio do apoio matricial em saúde mental nos cenários da estratégia saúde da família.

Ao finalizar as considerações deste estudo, torna-se necessário salientar possíveis limitações da pesquisa atreladas a abordagem utilizada neste estudo, que por se tratar de uma abordagem qualitativa, os resultados não são generalizáveis para outros cenários, entretanto, os resultados alcançados possibilitam refletir o que acontece em outros contextos sociais. Assim, a realização de outros estudos é necessária para que a produção de novos conhecimentos contribua no sentido de desconstruir práticas e instituir elementos que caminhem na direção da incorporação e efetivação da produção do cuidado em saúde mental no cenário da Estratégia Saúde da Família.

A partir de agora pretendo desenvolver um trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde do município cenário do estudo e instituições formadoras no sentido de desconstruir uma realidade para alicerçar outra, no sentido de fortalecer o diálogo entre a saúde mental e saúde coletiva, na busca pela produção do cuidado em saúde mental, uma vez que ambas se completam e é nesta direção que o cuidado poderá se concretizar e ganhar maior visibilidade na prática dos serviços. Esta forma de (re)pensar, desconstruir, implementar e avaliar novos modos de produção em saúde é que possibilitará vislumbrar novos processos de trabalho do enfermeiro a partir da verdadeira *práxis* de enfermagem.

13 – REFERÊNCIAS

1. Santos EM. Visita domiciliária: significado para graduandos de Enfermagem. [Monografia]. Fernandópolis (SP): Fundação Educacional de Fernandópolis, 2002.
2. Santos EM. A visita domiciliária sob a ótica dos usuários da estratégia saúde da família [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.
3. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*. 2011; 21(2): 541-60.
4. 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: Ministério da Saúde; 2005. 51 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental [on-line] 2009a [Acesso em 2 de nov de 2009]. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. [on-line] 2009b [Acesso em: 3 de nov de 2009]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
7. Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev. bras. promoc. saude*. 2011; 24(2):102-8.
8. Coimbra VCC, Oliveira MM, Villa TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev. eletrônica enferm*. 2005; 7(1):113-7.
9. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 129-38.

10. Lucchese R, Oliveira AGB de, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. saúde pública. 2009; 25(9): 2033-42.
11. Machado APC, Mocinho RR. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. Bol. saúde. 2003; 17(2): 159-70.
12. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. saúde pública. 2007; 23(10):2375-84.
13. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Lima Júnior JF. (Re)construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev. bras. promoc. saude. 2011; 24(2):109-15.
14. Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SAEGB. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. Ciênc. cuid. saúde. 2008; 7(1): 59-64.
15. Ribeiro CC, Ribeiro LA, Oliveira AGB. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá – MT. Cogitare enferm. 2008; 13(4): 548-57.
16. 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.
17. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(2): 477-86.
18. Jackson J, Sampaio C. Saúde mental. In: Rouquayrol M Z. Epidemiologia & Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 403-420.

19. Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Rev. eletrônica enferm. [on-line] 2008 [Acesso em: 10 de ago 2013]; 10(1):179-188. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>
20. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health primary care strategies. Rev. Bras. Psiquiatr. [on line] 2011 [Acesso em: 30 de dez. de 2013]; 33(2): 150-6. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n2/a10v33n2.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida [...] [on-line] 2008 [Acesso em 18 de jul de 2011]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>
23. Russell G, Potter L. Mental health issues in primary healthcare. J. clin. nurs. 2002; 11:118-125.
24. Nolan E, Hewison A. Teamwork in primary care mental health: a policy analysis. J. nurs. manag. 2008; 16:649-61.
25. World Health Organization. Integrating mental health services into primary health care. The WHO MIND Project: Mental Improvement for Nations Development Department of Mental Health & Substance Abuse, WHO Geneva. [on-line] 2007 [Acesso em 13 de out de 2009]. Disponível em : URL: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html.
26. Mwape L, Sikwese A, Kapungwe A, Mwanza J, Flisher A, Lund C. et al. Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. Int j ment health syst. 2010; 4(21):9 p.

27. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R. et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. BMC health serv. res. 2011; 11(72):11 p.
28. Waitzkin H, Getrich C, Heying S, Rodríguez L, Parmar A, Willging C. et al. Promotoras as mental health practitioners in primary care: a multi-method study of an intervention to address contextual sources of depression. J. community health. 2011; 36:316-31.
29. Foucault M. A história da loucura. São Paulo: Perspectiva; 1972.
30. Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. 136 p.
31. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas (SP) [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
32. Silva Filho JF. Saúde mental, seu saber e seus desafios. In: Silva Filho JF. (Org.) 1968 e a saúde mental. Rio de Janeiro: Contra capa livraria. Coleções IPUB; 2008. p. 13-8.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud em el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
34. Camacho-Arce C, Caballero-Baldivieso D, Venegas-Arzabe F. Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. Rev. panam. salud pública. 2009; 25(6):511-7.
35. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto & contexto enferm. 2005; 14(3): 341-9.
36. Reinaldo MAS, Rocha R M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. Rev. eletrônica enferm. [on-line] 2002 [Acesso em 15 de set de 2009] 4(2):36-41. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br>

37. Oliveira MP de O, Loyola CMD. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado em enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2006; 10(4):645-51.
38. Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
39. Rodrigues LR. Saúde mental e profissionais do programa de saúde da família: uma proposta de educação permanente [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
40. Delgado PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2007, p. 171-202.
41. Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2001; 35(2): 141-9.
42. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2007; 10(4): 694-702.
43. Silva MBB. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2005; 8(2): 303-21.
44. Kirschbaum DIR. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. Rev. latinoam. enferm. 1997; 5(especial):19-30.
45. Pereira A de A, Vianna PC de M. Saúde mental. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG NESCON. Belo Horizonte: Coopmed; 2009. 75 p.

46. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*. 2005; 3(5):33-42.
47. Brasil. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [on-line] 2001 [Acesso em: 15 de out de 2010]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
48. Souza AC. Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental? [Dissertação – Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
49. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde mental. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2007. 238 p.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica (DAB). Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. [on-line] 2009c [Acesso em 4 de nov de 2009]. Disponível em: URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [on-line] 2009d [Acesso em: 4 de nov de 2009]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de gestão 2007 – 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 106 p.
53. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. ter. ocup*. 2011; 22(1): 85-92.

54. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210 p.
55. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMB de A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(2): 376-82.
56. Amarante AL, Lepre A dos S, 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.
57. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 685 p.
58. Rudio VF. Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1990, 109 p.
59. Chauí M. Convite à filosofia. 14. ed. São Paulo: Ática; 2012, 520 p.
60. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. saúde pública. 1993; 9(3): 300-8.
61. Ribeiro MS, Poço JL da C, Pinto A de R. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: Ribeiro MS (Org.) Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007, cap. 1, p.15-26.
62. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
63. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.) As representações sociais. Trad. Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. Cap 1. 17-44.

64. Leme MAVS. O impacto da teoria das representações sociais. In: Spink MJP (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1. ed. São Paulo: Brasiliense; 2004. Cap.2. p.46-57.
65. Leopardi MT. Alguns aspectos da pesquisa qualitativa. In: Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. ed. Florianópolis: UFSC Pós-Graduação em Enfermagem; 2002a. Cap. 9, p. 195-216.
66. Guareschi P, Jovchelovitch S. Introdução. In: Guareschi P, Jovchelovitch S. (Orgs.) Textos em representações sociais. 12 ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 262 p.
67. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi NLM, Mercado FJ (Orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2007. Cap. 2. p. 99-120.
68. Sá CP. Representações sociais: o conceito e O estado atual da teoria. In: Spink MJP (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1. ed. São Paulo: Brasiliense; 2004. Cap.1. p.19-45.
69. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 291 p.
70. Lane STM. Usos e abusos do conceito de representação social. In: Spink MJP (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1. ed. São Paulo: Brasiliense; 2004. Cap.3. p.58-72.
71. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad. pesqui. 2002; (117): 127-47.
72. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2010. 404 p.
73. Chamon EMQO. Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. Estud. psicol. 2007; 12(1): 37-46.

74. Franco MLPB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. Cad. pesqui. 2004; 34(121): 169-86.
75. Chamon EMQO. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. Estud. Pesqui. psicol. 2006; 6(2): 21-33.
76. Trindade ZA, Santos MFS, Almeida AMO. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA (Orgs.). Teoria das representações sócias: 50 anos. Brasília: Technopolitik; 2011. p. 101-22.
77. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (Org.), Deslandes SF., Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes; 2007a. Cap. 1, p. 9-29.
78. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2011. 200p.
79. Oliveira MM de. Como fazer pesquisa qualitativa. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 232 p.
80. Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. Cap. 1. p. 11-9.
81. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. 1995; 35(3): 20-9.
82. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Cap. 9. p. 199-221.
83. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002. 175 p.
84. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed. São Paulo: Atlas; 2011, 175 p.

85. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Exploração da pesquisa em enfermagem. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Cap. 1. p. 19-42.
86. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248 p.
87. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. 99 p.
88. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2007. 315 p.
89. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS (Org.), Deslandes SF., Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes; 2007b. Cap. 3, p. 61-77.
90. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE – cidades. [on-line] 2010 [Acesso em 18 de abr de 2011]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
91. Vitória da Conquista. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. História. [on-line] 2011 [Acesso em: 18 de abr de 2011]. Disponível em: URL: <http://www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=9>
92. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde. [on-line] [Acesso em: 12 de out de 2013]. 2011. Disponível em: URL: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
93. Gil AC. Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise dos dados e como redigir o relatório. 1. ed. São Paulo: Atlas; 2009. 148 p.

94. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. Rev. saúde pública. 2002; 36(4): 439-47.
95. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. saúde pública. 2008; 24(1): 17-27.
96. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cad. pesqui. 2002; (115):139-54.
97. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 11. ed. Rio de Janeiro: Record; 2009. 107 p.
98. Rosa MV de FP do C, Arnoldi MAGC. A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. 112 p.
99. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Avaliação dos métodos de coleta de dados. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Cap. 11. p. 247-84.
100. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC. 2005; 2(1): 68-80.
101. Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. Cap. 2. p. 21-9.
102. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.
103. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

104. Araújo LZS. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesqui. odontol. bras.* 2003; 17(Supl.1): 57-63.
105. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Principais legislações para o exercício da Enfermagem.[on line] 2011 [Acesso em: 10 de jan de 2010]. Disponível em: URL: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/07%20Principais_Legislacoes_arquivoFInal_0_0.pdf
106. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina cienc. biol. saúde.* 2005; 26(2): 101-8.
107. Ramos C da S, Heck RM, Ceolin T, Dilélio AS, Facchini LA. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Ciênc. cuid. saúde.* 2009; 8(supl.): 85-91.
108. Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev. enferm. UERJ.* 2007; 15(1): 46-52.
109. Fernandes JS, Miranzi S de SC, Iwamoto HH, Tavares DM dos S, Santos CB dos. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & contexto enferm.* 2010; 19(3): 434-42.
110. Canesqui AM, Spinelli MA dos S. Saúde da família no estado do Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. saúde pública.* 2006; 22(9): 1881-92.
111. Machado MH (Coord.) Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil. Relatório final. Brasília: Ministério da saúde; 2000.
112. Moreira ASP, Sousa Filho EA de. Representações sociais da epilepsia: como me percebo... como sou percebido... In: Moreira ASP. Representações sociais: teoria e prática. 1. ed. João Pessoa: Editora Universitária; 2001. Cap. 10. p. 203-22.

113. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(2): 221-4.
114. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume editora; 1998. 253 p.
115. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Hucitec: São Paulo; 1994. 278 p.
116. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceira de sucesso? *Rev. bras. enferm.* 2004; 57(5): 545-50.
117. Sousa MF de, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(supl.): 1325-35.
118. Nascimento MS, Nascimento MAA do. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(2): 333-45.
119. Wolff LR. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
120. Machado AL, Oliveira FB de, Silva WV da, Hupsel ZN. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1997; 31(3): 486-97.
121. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 108 p.

122. Friedrich DB de C, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis*. 2006; 16(1): 83-97.
123. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa de saúde da família de Pindamonhangaba [Dissertação]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté; 2008.
124. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. 56 p.
125. Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na estratégia saúde da família: o caso do município de Vitória-ES. *Rev. eletrônica. enferm.* 2010; 12(3): 441-8.
126. Passos CM dos. O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
127. Giroti SK de O, Nunes E de FP de A, Ramos MRL. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. *Semina ciênc. biol. saúde*. 2008; 29(1): 9-26.
128. Oliveira MM, Coimbra VCC, Oliveira EM, Pereira DB, Martins A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. *Rev. enferm. saúde*. 2011; 1(1):184-89.
129. Ferraz LN de S, Santos A da S. O programa de Saúde da Família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. *Saúde coletiva*. 2007; 4(15): 89-93.

130. Almeida MCP de, Mishima SM, Silva EM, Mello DF de. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de saúde. In: Almeida MCP de, Rocha SMM. (Orgs.) O trabalho de enfermagem. 1. ed. São Paulo: Cortez; 1997. Cap. 3. p. 61-112.
131. Brasil. Presidência da República. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [on-line] [Acesso em 29 abr 2013]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
132. Assis MMA, Nascimento MAA do, Lima WCMB; Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB, et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA do, Franco TB, Jorge MSB (Orgs.). Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários. 1 ed. Salvador: EDUFBA; 2010. Cap. 1. p. 13-38.
133. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília-SP. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(4): 533-9.
134. Villas Bôas LM de FM, Araújo MB de S, Timóteo RP de S. A prática gerencial do enfermeiro no psf na perspectiva de sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(4): 1335-60.
135. Alves V S. Um modelo de Educação em Saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface comun. saúde educ. 2005; 9(16): 39-52.
136. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. bras. enferm. 2009; 62(5): 739-44.
137. Silva ALA e, Guilherme M, Rocha SSL, Silva MJP da. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. Rev. latinoam. enferm. 2000; 8(5): 65-70.

138. Onocko-Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos, GW de S, Guerrero AVP. (Orgs.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. Cap. 9. 221-46.
139. Sobral FR. Representações sociais de enfermeiros da atenção básica sobre a educação em saúde para usuários adoecidos mentalmente e seus familiares [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
140. Hilger TR, Moreira MA. Representações sociais: conhecimento prévio relevante para o ensino e aprendizagem e física. In: Trindade ZA, Bonomo M, Guerra VM, Nascimento CRR, Ciscon-Evangelista MR (Orgs.). Estudos em representações sociais. Vitória: GM editora; 2012. v.1. p. 112-19.
141. Rodrigues MP, Lima KC de, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(1): 71-82.
142. Souza MAS, Galvão EA, Dos Santos I, Roschke MA. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); 1991. (Série desenvolvimento de recursos humanos nº1).
143. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde; 2013.176 p.
144. Waldow VR. Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem. 1. ed. Petrópolis: Vozes; 2008. 93 p.
145. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 17 ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 207 p.
146. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. 24 p.

147. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Hucitec-CEBES; 1988. 150 p.
148. 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.
149. Vietta EP, Kodato S, Furlan R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev. latinoam. enferm.* 2001; 9(2): 97-103.
150. Brêda, MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001; 6(2): 471-80.
151. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev. saúde pública*. 1997; 31(3): 288-95.
152. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS – Abrasco; 2006. P. 69-115.
153. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. [on-line] *Rev. eletrônica enferm.* [Acesso em: 10 de set de 2013]. 2006; 8(1): 42-51. Disponível em: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm.
154. Silva KL, Sena RR de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(4): 488-91.
155. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na atenção básica. *Acta paul enferm.* 2012; 25(3): 346-51.
156. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 297-305.

157. Porto Alegre. Associação brasileira de saúde coletiva. Conferência de saúde mental – Oficina: Reforma psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado. 1992. p. 32-45.
158. Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: Amarante PD de C (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. Cap. 8. P. 171-95.
159. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4): 680-8.
160. Severo AK de S, Dimenstein M, Brito M, Cabral C, Alverga AR. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arq. bras. psicol.* 2007; 59(2): 143-55.
161. Souza RC de, Pereira MA, Kantorski LP. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ.* 2003; 11: 92-7.
162. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GW de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(suplemento 3): 3615-24.
163. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2005; 5(4): 493-503.
164. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad. saúde pública.* 2004; 20(6): 1487-94.
165. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado M de FAZ. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(2): 358-64.
166. Silva MAD da. *Quem ama não adoece*. 35. ed. São Paulo: Best seller; 2004. 376 p.

167. Hirdes A. Centro de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
168. Oliveira A de, Silva Neto JC da, Machado MLT, Souza MBB de, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface comun. saúde educ.* 2008; 12(27): 749-62.
169. Chiesa AM, Veríssimo M de LOR. A educação em saúde na prática do psf. In: Brasil. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. P. 34-42.
170. Silva M da A, Oliveira AGB de, Mandu ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em psf: possibilidade para participação social. *Cogitare enferm.* 2006; 11(2): 143-9.
171. Spadini LS, Souza MCM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2006; 10(1): 132-38.
172. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 189 de 19 de novembro de 1991.
173. Rocha IA da, Braga LAV, Tavares L de M, Andrade FB de, Ferreira Filha M de O, Dias MD et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(5): 687-94.
174. Fernandes JD, Rosa DS, Vieira TT, Sadigursky D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42(2): 396-403.
175. Rodrigues J, Santos SMA dos, Spriccigo JS. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(6): 844-51.
176. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Cordoni Júnior L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. *Rev. bras. educ. méd.* 2001; 25: 53-59.

177. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero para a formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
178. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(4): 975-8.
179. Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22(2): 397-406.
180. Bonfada D, Guimarães J, Brito AAC de. Concepções de profissionais de saúde de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. *Rev. Rene*. 2012; 13(2): 309-20.
181. Santos M de F de S, Novelino AM, Nascimento AP. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: Moreira ASP (Org.) *Representações sociais: teoria e prática*. 1. ed. João Pessoa: Editora Universitária; 2001. Cap. 12. P. 269-93.
182. Massaro A. Redes de atenção à saúde: o que nelas se vê e o que se diz. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME. (Orgs). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2009. Cap. 10. p. 191-203.
183. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2297-2305.
184. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2307-16.
185. Inojosa RM, Junqueira LAP. O setor saúde e o desafio da intersetorialidade. *Cadernos Fundap*. 1997; 156-64.
186. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para a promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. bras enferm*. 2010; 63(5): 762-9.

187. Paula KA de, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? Interface com ún. saúde educ. 2004; 8(15): 331-48.

14 – APÊNDICES

14.1. Apêndice 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE 1

Entrevista N. _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Tempo na Função: _____

Ano de Formação: _____

Instituição de formação: _____

Religião e/ou religiosidade: _____

Tem alguma formação específica em Saúde Mental _____

Já trabalhou com saúde mental/Transtorno mental em outro contexto? _____

Se sim, qual? _____

Curso de Pós-graduação *lato sensu*: _____

Outro Curso de Aperfeiçoamento/Capacitação: _____

Tem outro vínculo empregatício? _____

PARTE 2

1 - Descreva as ações que você desenvolve em uma jornada semanal de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

2 - O que representa para você o cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?

3 - Você desenvolve o cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?
De que forma este acontece?

4 - Para você quais seriam os limites/dificuldades e possibilidades para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?

5 - Gostaria de acrescentar algo?

14.2. Apêndice 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Edirlei Machado dos Santos

Orientador: Claudinei José Gomes Campos

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objeto de estudo o cuidado em saúde mental na Atenção Básica e como objetivo geral estudar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Para que a pesquisa seja desenvolvida é necessário entrevistá-lo(a), sendo que serão feitas perguntas a você e suas respostas serão gravadas. A entrevista será realizada em horário que seja melhor para você e será individualizada, sendo esta combinada previamente.

Esclareço que a sua participação nessa pesquisa não trará nenhum prejuízo para você. Os dados conseguidos por meio da entrevista possibilitar-me-á identificar os significados atribuídos por você acerca do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, em particular, nos serviços da Estratégia Saúde da Família. Os resultados deste estudo poderão trazer informações importantes, para que se possa refletir e propor estratégias para uma prática mais acurada no que se refere a produção do cuidado em saúde mental desenvolvido na Estratégia Saúde da Família.

Não haverá compensação financeira pela participação na pesquisa, sendo esta de caráter voluntário e ainda reservado o direito de que, se existirem gastos adicionais, estes serão incluídos no orçamento da pesquisa. Caso você não tenha interesse em participar, isto não acarretará nenhum prejuízo para você.

Você terá liberdade em desistir de participar do estudo a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso também lhe prejudique.

Poderá esclarecer suas dúvidas, mesmo àquelas que apareçam durante o estudo, havendo compromisso do pesquisador responsável em respondê-las.

Você terá o direito de não ser identificado e ter sua privacidade preservada.

Eu, _____

RG: _____, residente e domiciliado(a) à _____, na cidade de _____, Estado da _____ abaixo assinado(a), após ter recebido as informações sobre esta pesquisa e seus objetivos, concordo em participar da mesma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório geral da pesquisa e em outras publicações decorrentes, a qual estou em concordância.

Após ter lido todas as informações sobre a pesquisa e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar deste estudo.

Assim, por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Em caso de dúvidas, contato com Edirlei Machado dos Santos

Rua da Conquista Nº 552, Apartamento 302, Centro, Vitória da Conquista-BA.

Fone: (77) 91117641

E-mail: edirleimachado@hotmail.com

14.3. Apêndice 3 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Quadro 22 - Entrevista 1 Data: 26/02/2013 Duração: 13 minutos e 36 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] durante a semana tem na verdade o turno específico [...] a gente faz a assistência e a gerência. [...]	✓ Planejamento do trabalho ✓ Atribuições da enfermeira
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] consulta de enfermagem, tanto voltada para a mulher, pré-natal, planejamento, preventivo; Criança né? São os dois focos da gente, mulher e criança. A gente faz atividade educativa [...] visita domiciliar também [...] a gente acaba fazendo e o gerenciamento como a gente está em PSF então toda a gerência sobra pra o nível superior. A gente faz a gestão compartilhada, mas, o enfermeiro faz meio que [...] sobrecarrega mesmo com a gerência [...]	✓ Caracterização do trabalho desenvolvido ✓ Ênfase no público materno-infantil ✓ Divisão de tarefas ✓ Consulta de enfermagem ✓ Gerenciamento
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] ainda tem muitas lacunas né? [...] A gente ainda está engatinhando [...] Eu ainda tenho a médica da minha equipe que tem uma formação já mais voltada então eu tenho essa sorte [...] O que é esse cuidado? [...] [o cuidado em saúde mental] é uma coisa tão complexa [...] uma abordagem em saúde mental envolve muitas coisas que vai muito além da patologia dele. [...]	✓ Distanciamento da temática ✓ Uma questão de sorte ✓ Complexidade ✓ Atendimento integral
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	Seria uma coisa muito de encaminhar, muito de procurar a médica entendeu? [...] o paciente chegar aqui e eu acolher do início ao fim. [...] quando a gente desenvolve qualquer ação que faz o outro se sentir bem, refletir a respeito de si mesmo eu acho que a gente já está desenvolvendo [saúde mental]. [...] estabelecendo vínculos [...] Quando a boca cala o corpo fala não é isso? [...] Quando se promove um grupo que você permite que as pessoas falem também você está promovendo saúde mental [...] você tem que ver o contexto familiar dela [portador de transtorno mental], ver o contexto social, tudo que está ao redor dela [...]	✓ Encaminhamento ✓ Medicalização ✓ Possibilitar bem estar ✓ Criação de vínculos ✓ Criar mecanismos para a escuta
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] tudo que a gente não entende a gente acha complicado e complexo [...] eu mesma não tem capacitação nenhuma voltada para a saúde mental a não ser essa mesma capacitação de sete dias que a meu ver é muito pouco pra uma coisa tão complexa [...] Eu não me vejo ainda assim fazendo mesmo um acompanhamento, um atendimento com bastante firmeza mesmo, destreza em saúde mental não. [...] a minha formação é muito recente eu considero muito boa, mas, ainda está voltada para o individual, a gente ainda não conseguiu abrir os olhos para o geral e saúde mental é isso. [...] eu tinha medo de saúde mental na formação e continuo, não com medo, mas, como eu vou explicar [...] ainda receio né? A complexidade em saúde mental surge a partir do momento que eu não entendo [...] a universidade tem mais preparo né? Ela acaba tendo mais oportunidade de pensar e repensar do que os profissionais que estão imersos no dia-a-dia	✓ Deficiências na formação ✓ Insegurança ✓ Abordagem centrada no processo adocimento-cura
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] o pessoal do CAPS está vindo aqui, o pessoal do Afrânio [hospital psiquiátrico] [...] Tem que ter uma conversa entre os setores [...] fazer aproximação dos setores, trazer a universidade, fazer a gente pensar e repensar nas ações né?	✓ Dialogo entre distintos dispositivos de atenção psicossocial

Quadro 23 - Entrevista 2 Data: 05/03/2013 Duração: 13 minutos e 50 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	Temos a semana típica [...]	✓ Planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] desenvolvemos ações referentes ao programa de saúde da mulher, com pré-natal, planejamento familiar e preventivo, programa de saúde da criança com consulta de crescimento e desenvolvimento infantil, ações educativas, supervisão da equipe e visita domiciliar.	✓ Caracterização do trabalho desenvolvido ✓ Consultas de enfermagem ✓ Supervisão ✓ Visita domiciliária
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] eu creio que seria a inserção desse indivíduo [portador de transtorno mental] no contexto familiar, no contexto da comunidade [...] Interagindo com a comunidade e não ser individual como era antigamente né? Que eram os manicômios.	✓ (Re)inserção social ✓ Desospitalização
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] as ações desenvolvidas pré-natal, preventivo a gente atende esses pacientes com transtornos mentais [...] Ele é atendido como qualquer outro paciente dentro da semana típica [...] eu acho que o vínculo né? O objetivo é inserir esses usuários nos grupos que a gente já tem o grupo de gestantes, grupo de hipertensão [...]	✓ O portador de transtorno mental e suas diversas necessidades: integralidade ✓ Estabelecimento de vínculo
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] vem um paciente com transtorno mental grave e se ele entrar em surto aqui na unidade? Entendeu? Aí a gente fica meio limitada com isso, meio receoso [...] pelo paciente não estar acostumado vim até a unidade, ele está acostumado a ir ao Afrânio, ele está acostumado a ir aos CAPS, ele não está acostumado a procurar a gente [unidade de saúde da família] [...] esses pacientes [portadores de transtornos mentais] são desconfiados né? Até criar um vínculo com o novo profissional leva um tempo [...] Os profissionais né? Que estão aqui [unidade de saúde da família], que estão prontos para atendê-los, mas, eles [portadores de transtornos mentais] precisam virem até a gente né? [...] eu diria que não me sinto apta, porque assim, por mais que a gente teve essa capacitação de quarenta horas [...] eu não me sinto 100% segura de atender um paciente com transtorno mental [...] então sempre eu tenho receio né? Não diria preconceito ou estigma não, mas, é aquele receio natural que você tem em está lidando com o paciente surtado [...] Esse receio está atrelado à violência e agressividade [...] existe um receio, a gente sabe que existe por parte de muitos profissionais [...]	✓ Sentimento de medo ✓ Valorização do quadro de crise/agressividade ✓ Desconhecimento da USF como possibilidade de atenção em saúde mental ✓ Valorização da demanda espontânea
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] nós não temos um suporte, por exemplo, se esse paciente entrar em surto ou se esse paciente tiver uma crise aqui na unidade nós não temos assim pra onde encaminhar [...] uma parceria pra dizer assim pode encaminhar pra tal lugar, temos os CAPS né? Então eu acho que essa falta de estruturação deixa a gente um pouco limitada [...] poderia ser montada uma rede, uma estrutura melhor pra dar um suporte [...] eu acho que o próprio hospital [hospital geral] não está preparado pra receber esses pacientes ainda [...] quanto já a estrutura da rede já complica um pouco mais, porque aí independe da gente né?	✓ Falta de clareza no fluxo dos serviços ✓ Ausência de rede de atenção à saúde mental ✓ A construção da rede como responsabilidade de outros atores

Quadro 24 - Entrevista 3 Data: 06/03/2013 Duração: 18 minutos e 13 segundos Local: UFBA

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	Minha semana típica é sempre fixa.	✓ Planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] segunda-feira de manhã eu atendo criança, crescimento e desenvolvimento. Segunda à tarde pré-natal, geralmente as consultas subsequentes e na terça de manhã sempre o colpocitológico né? O preventivo, na terça à tarde crescimento e desenvolvimento de novo, na quarta de manhã eu faço pré-natal [...] grupo de gestantes [...] visita domiciliar [...] reunião de equipe, planejamento familiar, sempre com palestra né? [...] sexta à tarde eu deixo ou pra visita, ou supervisão, ou pra fechamento de vacina do API [avaliação do programa de imunização]	✓ Multiplicidade de ações ✓ Consultas de enfermagem ✓ Atividades burocráticas ✓ Supervisão da área/equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	O portador de transtorno mental, ele pode estar inserido em qualquer dessas estratégias, dessas ações programáticas que são propostas né? Como saúde do homem, como hipertenso e diabético, como pré-natal, como a gente né? [...] vai muito do perfil do profissional. [...] O médico geralmente é quem abarca um pouco mais por causa da medicalização né? [...] ela [área adstrita] tem um índice de drogas, de usuários né? De dependente químico muito alto, então, a família também sofre. A mãe principalmente né?	✓ Portador de transtorno mental ✓ Assistência centrada no médico ✓ Medicalização ✓ Usuários de álcool e drogas e o reflexo na família
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] a gente procura acolher e escutar, mas, não existe uma ação específica programática [...] a gente encaminha para o próprio psicólogo do NASF [...] grupos de discussão, a terapia comunitária [...] a gente tem o hábito de fazer essa roda e conseguir conquistar a comunidade [...] ela [portadora de transtorno mental] precisa, talvez, falar, ser ouvida pra ter troca entendeu?	✓ Acolhimento ✓ Escuta ✓ Encaminhamento a outros serviços ✓ Terapia comunitária
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	É [...] capacitar né? [risos] sensibilizar, porque assim, por mais que a gente receba capacitação mais se é uma área que eu não tenho muito afinidade eu vou sempre ter bloqueio [...] a falta de espaço físico é a gente garantir, por exemplo, uma sala de reunião que a gente pode estar abrindo mão pra reunir esse tipo de público [...] eu acho que falta um pouco assim, mais discussão, de conhecimento, pra gente também [...] o que falta um pouco é abrir mais o leque para as outras coisas, inclusive saúde mental. [...] A gente tem muita demanda assim de tarefa, de coisa e acaba sem achar espaço pra esse tipo de ação.	✓ Falta de afinidade com a área ✓ Falta de capacitação em saúde mental ✓ Espaço físico adequado para as atividades grupais ✓ Excesso de atribuições
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] a depender do caso a gente encaminha pro CAPS, ou pra o Afrânio Peixoto que é o hospital psiquiátrico né? Ou serviço substitutivo ou o hospital. [...] se um paciente, por exemplo, tiver em surto aí a decisão é outra, o caminho é outro [...]	✓ Percepção do CAPS e hospital psiquiátrico como elementos da rede

Quadro 25 - Entrevista 4 Data: 06/03/2013 Duração: 15 minutos e 47 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a parte burocrática, de gerência né? Que são divididas as atribuições pelos profissionais [...] eu tenho uma semana típica né? Que nem sempre é típica né? Existem muitas mudanças [...]	✓ Flexibilidade no planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] a minha parte que é frequência, organização dos serviços dos técnicos de enfermagem [...] pré-natal, consultas de crescimento e desenvolvimento, coleta de preventivo [...] tem também a orientação em HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, grupos educativos e visitas domiciliares [...]	✓ Caracterização dos serviços ✓ Consultas de enfermagem ✓ Educação em saúde ✓ Visitas domiciliares
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] é algo assim que ainda precisa crescer muito né? [...] na minha vivência são poucas pessoas chegam até mim com problemas de saúde mental né? [...] a gente trabalha questão mental na gestação [...] eu não tenho experiência de ter assim uma pessoa mesmo com problema mental [...] temos algumas pessoas mais que não temos esse vínculo de prestar essa saúde mental [...] eu desenvolvo [o cuidado em saúde mental] quando eu percebo que tem alguém que está precisando não tem assim um profissional que esteja altamente capacitado pra lidar com essas pessoas; pra prescrever [...] pra fazer acompanhamento psicológico a gente tem o NASF com o psicólogo [...] a possibilidade seria talvez a implantação de um psiquiatra no NASF, né? [...]	✓ Incipiência da saúde mental na saúde da família ✓ Desconhecimento do número real de portadores de transtornos mentais ✓ Ênfase na demanda espontânea ✓ Olhar voltado para outros grupos sem transtorno mental ✓ Dificuldades ✓ A responsabilidade é de outros profissionais
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] o que a gente trabalha mais é com a prevenção, juntamente com NASF com o psicólogo [...] a gente faz os encaminhamentos [...] um aconselhamento em saúde mental [...]	✓ Encaminhamento ✓ Aconselhamento ✓ Ações preventivas
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] a gente também nunca fez uma busca ativa eu vou por mim; uma busca ativa de ver ah! Quantos pacientes portadores de problemas mentais têm na área [...] a sobrecarga das outras demandas, por exemplo, eu tenho por mês mais ou menos cinquenta a setenta gestantes pra dar conta né? [...] isso é um pouco difícil; eu diminuir os meus atendimentos pra poder me dedicar a um grupo [portadores de transtornos mentais] específico né? [...] eu não sou tão cobrada nessa área da saúde mental, eu sou mais cobrada em quê? Gestantes; criança, no preventivo [...] o interesse do profissional é diminuído [...] falta tempo de tempo pra trabalhar com essa pessoa né? Já que a gente tem que dar conta de todos os saudáveis né? [...] alguma coisa que emperra é a intersetorialidade com o CAPS, com o né? [...] os serviços especialistas nessa parte né? [...] de saúde mental, então assim, não tem muita interação [...] todos os profissionais foram capacitados [em saúde mental] né? Foi um curso grande, todos passaram por uma semana de capacitação, aprendemos bastante né? Toda a equipe foi capacitada, mas, assim, a gente ainda não conseguiu descobrir como colocar isso em prática [...] falta de política pública mesmo, de cobrar dados, de cobrar resultados em relação ao que falei de saúde mental. [...] são as políticas públicas, porque do mesmo jeito que tem o manual da gestante, o manual da criança, devia ter o manual do portador de saúde mental, de como lidar. Então assim, a falta de política pública pra esse grupo acaba desestimulando, porque a gente é cobrada pelas políticas né? [...] na hora que se trata de saúde mental ainda é uma incógnita porque a gente não tem aonde se nortear, a gente não tem um dia específico pra aquilo, não é obrigatório um dia pra saúde mental, um turno, entendeu?	✓ Desconhecimento do número de usuários ✓ Excesso de trabalho ✓ Saúde mental não é prioridade ✓ Falta de cobrança de produção em saúde mental ✓ Falta de tempo ✓ Falta de intersetorialidade ✓ Falta de política pública ✓ Falta de um manual específico de saúde mental

Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] Apresentar os serviços, as reuniões do conselho, com a comunidade, ninguém nunca veio, falar ó, podia apresentar o que é o CAPS né? Para as pessoas ficarem sabendo o que é. [...] falta um pouquinho de comunicação e assim, às vezes chega um paciente portador de saúde mental, a gente fica meio assim sem saber pra onde encaminhar. [...] a gente encaminha o paciente, mas, nem sempre o paciente vai.	✓ Falta de conhecimento da população acerca a rede ✓ Desconhecimento do fluxo da rede
---------------------------------------	---	---	--

Quadro 26 - Entrevista 5 Data: 06/03/2013 Duração: 14 minutos e 52 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a gente tem o cronograma né? A gente tem a semana típica [...]	✓ Planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] eu atendo gestante, eu atendo criança né? O CD, planejamento familiar, preventivo [...] reuniões de equipe, temos agora o acolhimento né? Que é semanal, e tenho atividade com os agentes né? Todo dia a gente conversa com os agentes, só.	✓ Caracterização do trabalho ✓ Consultas de enfermagem ✓ Atividades com os ACS
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	É bastante importante [...] pra gente conhecer como é que é a incidência, a prevalência né? Nessa parte aí de saúde mental. [...] o leque de saúde mental é amplo [...]	✓ Número de casos de portadores de algum transtorno mental ✓ Campo vasto
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] quando a gente escuta alguém [...] na consulta de planejamento familiar, que a mulher desabafa por algum problema, então eu acho que ali eu estou cuidando da saúde mental dela. [...] Se eu recebo bem meu usuário eu acho que eu também estou cuidando [em saúde mental] [...] dentro dessa lógica da saúde da família é o vínculo estreito que você tem com a comunidade né?[...] o apoio do NASF [...] tem um grupo de saúde mental [...]	✓ Escuta ✓ Forma de abordagem com o usuário ✓ Vínculo ✓ Outros serviços
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] eu não me sinto preparada para estar atuando nessa área de saúde mental [...] A falta de preparo diz respeito ao atendimento, se chegar [portador de transtorno mental] aqui na unidade né? O que é que eu vou fazer? Qual é a conduta que eu devo tomar? [...] a gente foca muito na crise, no problema [...] por conta da visão que a gente tem de achar que saúde mental é só a crise, o doente [...] a falta de esclarecimento mesmo, de conhecimento, nem mesmo na formação acadêmica a gente tem assim né? [...] não é dada a devida importância a essa área de saúde mental. [...] muitas vezes também, os pacientes ou os clientes, eles não procuram a unidade [USF], muitas eles vezes eles já procuram os serviços [CAPS]	✓ Despreparo para lidar com o portador de transtorno mental ✓ Ênfase na doença e nos quadros de crise ✓ Desconhecimento do usuário sobre a USF como porta de entrada
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	A gente muitas vezes fica sem saber qual o encaminhamento dar né? Como é que a gente encaminha? A questão do hospital, pra encaminhar, essa questão né? Do psiquiatria, se acaso precisasse né? [...] precisa conhecer melhor a rede para a gente poder estar sabendo qual o encaminhamento a gente poderia dar. Hoje a gente já sabe que existe o CAPS né? [...] a rede [serviços de saúde mental] ainda precisa implementar, ela funciona, mas assim, está implantada, funciona de uma forma mais ainda precisa ter mais alguma coisa. [...] eles [CAPS] começaram a mandar uma lista dos pacientes que estão lá e que por ventura pertencem a minha área.	✓ Desconhecimento da organização da rede ✓ Dialogo entre USF e CAPS

Quadro 27 - Entrevista 6 Data: 11/03/2013 Duração: 16 minutos e 36 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] rotina semanal [...]	✓ Reprodução das ações
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	A gente acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dois anos. A gente tem o atendimento de pré-natal, é [...] e também o atendimento de coleta de preventivos que também é com o enfermeiro [...] supervisão dos agentes de saúde, tem o fechamento de mapa de vacinas [...] essa parte de SSA2 também, que é o enfermeiro que é responsável. [...] grupos né? Que a gente tem o grupo de gestante e planejamento familiar	✓ Consulta de enfermagem ✓ Supervisão dos ACS ✓ Atividades burocráticas ✓ Atividades educativas grupais
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] acho que a saúde mental teria que ser vista de uma forma mais é [...] detalhada pela equipe de saúde da família [...] precisava ter assim, um contato mais próximo, um contato mais direto, mais contínuo né? [...] a gente pede a psicóloga pra dar uma chegada à residência, pra ver como é que está né? [...] chamar o apoio do SAMU [...] A doença mental, ela é algo assim, é tão distante da nossa realidade e ao mesmo tempo, está tão próxima né? [...]	✓ Distanciamento ✓ Outros profissionais ✓ Doença mental
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] Trabalho em grupos, de ouvir as pessoas [...]	✓ Atividades em grupo ✓ Escuta
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] a gente tem uma rotina muito corrida [...] a rotina da unidade é muito árdua e às vezes a gente deixa assim desejar [...] A gente não tinha muito a fazer [para o portador de transtorno mental] porque a família estava do lado e às vezes não concordava com algumas ações que a gente direcionava e aí o que aconteceu? [...] Nossa comunidade está com um número [de habitantes] bem expressivo [...] o limitado número de funcionários [...] infelizmente não depende só de nós. [...] Quando eu estudei, eu tinha colegas que eles tinham medo de ir para o Afrânio [hospital psiquiátrico].	✓ Sobrecarga de trabalho ✓ Família como dificultador ✓ Número de excessivo de usuários/famílias ✓ Medo
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	Nós encaminhamos essa paciente pra aquele hospital, o Afrânio [hospital psiquiátrico].	✓ O hospital como elemento da rede

Quadro 28 - Entrevista 7 Data: 12/03/2013 Duração: 13 minutos e 48 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	No meu caso são os programas né?	✓ Programas da atenção básica
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	É o pré-natal, o planejamento familiar né? Tem o preventivo é [...] palestras né? Capacitações [...] hipertenso e diabético, o CD né? O acompanhamento das crianças.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Educação em saúde
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[a saúde mental] precisa ainda ser melhor introduzida entendeu? No Programa de Saúde da Família. [...] eu sinto que a gente ainda não costuma direcionar algo ainda assim, que específico pra essas pessoas, entendeu? [...] Nessa questão da medicação, de correr atrás quando precisa renovar uma receita né? Tem também a questão do NASF né? Que a gente conta com a participação do psicólogo [...]	✓ Fragilidade em saúde mental ✓ Medicalização ✓ Outros profissionais
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] O suporte [ao portador de transtorno mental e família] seria por meio de uma visita domiciliar né? [...] suporte pra família né? Tem os grupos também [...]	✓ Visita domiciliar ✓ Atividades grupais
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] Eu acredito que a questão do tempo mesmo. Questão de carga horária sabe? [...] essa questão assim, da carga horária, é uma barreira, é uma dificuldade [...] Talvez por não ter tido ainda essa pactuação ainda, digamos, voltada assim, pra saúde mental [...] na verdade nem todos os profissionais também sabem, talvez por falta de capacitação [...] Quando eu tive o meu estágio de saúde mental [durante a graduação], foi no caso, no Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico], apenas lá.	✓ Falta de tempo para a saúde mental ✓ Formação hospitalocêntrica em saúde mental ✓ Pactuação em saúde mental
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	Em relação à rede de saúde mental já tiveram e continuam tendo assim, avanços né? Porque a gente sabe que a gente pode contar com aqueles centros de apoio, os CAPS.	✓ Reconhecimento do CAPS

Quadro 29 - Entrevista 8 Data: 15/03/2013 Duração: 15 minutos e 54 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	-	-
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	Eu atendo resultados de preventivo, colho preventivo faço pré-natal, faço CD [crescimento e desenvolvimento da criança], faço visitas domiciliares, faço grupos na comunidade. Atendo também planejamento familiar.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Visitas domiciliares ✓ Atividades grupais
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	A gente tem um número grande de pacientes com transtornos mentais [...] eu acho importantíssimo trabalhar com essa questão [saúde mental]. [...] convenci o rapaz a vir no dia seguinte pra passar pela psicóloga.	✓ Frequência dos transtornos mentais ✓ Outros profissionais
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	Tem a psicóloga do NASF aí a gente acabou meio que deixando isso aí [a formação de um grupo] de lado [...] era pra gente ter um grupo [com enfoque em saúde mental] [...] desenvolver alguma atividade sei lá [...] habilidade deles [portadores de transtornos mentais] pintura, para o artesanato eu acho que a gente deveria, poderia desenvolver isso aqui na própria unidade sem precisar estar encaminhando o pacientes para o CAPS [...] grupo de terapia eu acho.	✓ Outros profissionais ✓ Atividades grupais/grupo de terapia ✓ Encaminhamento
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	O que dificulta é só a gente ter a vontade de fazer, porque a gente tem o espaço, a gente já foi capacitada tanto enfermeiro, a equipe inteira foi capacitada em saúde mental. [...] saúde mental não sei, a gente não tem assim, aquele estímulo da própria equipe [...] nem todo mundo tem a mesma percepção de que isso aí [transtorno mental] é um problema que tem que ser tratado [...]	✓ Falta de estímulo da equipe
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] ele [portador de transtorno mental] foi internado no Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico] [...] eu já adiantei e encaminhei pra o CAPS [...] foi feito, criado um fluxograma conosco mesmo, os profissionais; então eu acho muito tranquilo estar encaminhando, certo [risos].	✓ Serviços da rede ✓ Fluxograma da rede

Quadro 30 - Entrevista 9 Data: 15/03/2013 Duração: 14 minutos e 08 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	-	-
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	Na segunda eu atendo criança, planejamento familiar, na terça criança e grupo de gestante, às vezes eu faço grupo extra de planejamento familiar com palestras, às vezes eu troco com a outra enfermeira e faço CTA [centro de testagem e aconselhamento], na quarta gestante o dia todo, de manhã e de tarde, na quinta é triagem e preventivo na sexta reunião de equipe e visita.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Atividade educativa ✓ Reunião de equipe ✓ Visitas domiciliares
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	Rapaz eu nunca parei pra pensar nisso [...] são poucos os atendimentos de saúde mental. Eu mesma, eu não atendo [...] não tenho, só atendi duas vezes certo? [...] eu não tenho demanda [em saúde mental]	✓ Desconhecimento ✓ Ausência de atendimento em saúde mental ✓ Ausência de demanda
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] a gente procura ter um melhor acolhimento, acolher né? [...] tem a roda de terapia, eu não sei como é que funciona [...] administrei a medicação nele [portador de transtorno mental] faço as visitas também [...]	✓ Acolhimento ✓ Terapia comunitária ✓ Administração de medicamentos ✓ Visitas domiciliares
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] eu não tenho manejo com pacientes de saúde mental [...] a gente tem que ser mais sensível quando se trata de um paciente desse não é? E aí eu tenho o medo de perder o equilíbrio na hora, de não ter aquela sensibilidade que o paciente precisa, entendeu? [...] desde a época da faculdade eu nunca quis trabalhar com pacientes de saúde mental [...] Alcool/Droga eu trabalho tranquilo, eu sei lidar com isso, mais, saúde mental eu sempre tive medo de não ter o cuidado [...] só o curso de saúde mental que a gente teve foi pouco [...] paciente com saúde mental [...] Eu acho que deixa um pouco a desejar assim, sabe? Eu acho que poderia investir mais, a prefeitura, em cursos, capacitações [...]	✓ Falta de preparo ✓ Medo ✓ Falta de afinidade ✓ Educação permanente deficiente
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	-	-

Quadro 31 - Entrevista 10 Data: 18/03/2013 Duração: 17 minutos e 23 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a gente obedece a semana típica [...] A gente já tem os pacientes já agendados, tem os dias que a gente pode estar desenvolvendo a demanda espontânea [...]	✓ Planejamento dos serviços ✓ Demanda espontânea
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] Pré-natal, planejamento familiar, preventivo [...] a gente também trabalha muito com a questão educativa, desde que a gente tem o PET [programa de educação para o trabalho para a saúde] [...] Tem grupos de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo da Luluzinha, que é um grupo de adolescentes [...] as visitas domiciliares [...] a gente tem reunião toda sexta-feira, última terça do mês a gente tem a reunião do conselho, o conselho de saúde	✓ Consulta de enfermagem ✓ Educação em saúde ✓ Atividades grupais ✓ Visitas domiciliares ✓ Reuniões de equipe e do conselho local de saúde
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] os nossos pacientes psiquiátricos [...] Nossos pacientes são perdidos [...] O que é que eu posso estar fazendo? [...] a gente tem uma ficha, que é a ficha complementar, que a gente tem que estar enviando periodicamente todo mês, e aí, um dos dados da ficha é acompanhamento de saúde mental. Aí eles [secretaria municipal de saúde] perceberam que todos os profissionais botam um, dois [...] a gente não pode ter esse vínculo muito próximo com eles [portadores de transtornos mentais] não.	✓ Transtorno mental ✓ Desconhecimento
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] o que ela [médica] faz no máximo, é trocar receita [...] vai dar certo a gente fazer um grupo com os doidinhos?	✓ Medicalização ✓ Atividades grupais
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	A gente nunca foi assim, bem preparada pra receber um paciente psiquiátrico né? [...] o paciente [portador de transtorno mental] vem descompensado ou agressivo e tal, a gente já quer recuar né? [...] eu entrei no curso despreparada e sai do curso despreparada [...] a gente não está com paciente, os pacientes não estão na unidade [...] Depois da capacitação [em saúde mental], pra mim foi à mesma coisa [...] Nossos pacientes são perdidos, a gente não tem um contato assim, entendeu? Como eu tenho, por exemplo, com os meus insulino-dependentes, entendeu? O contato que a gente tem aqui é muito pouco, com os pacientes de saúde mental. [...] O despreparo para lidar com essas pessoas [...] a gente tem outros milhões de programas que a gente tem que estar alimentando também [...] a capacitação que a gente teve foi muito subjetiva, uma coisa assim, muito viajada, a gente queria assim, uma coisa mais objetiva [...] [no curso de capacitação em saúde mental] muitas vezes eu fiquei mais confusa do que eu já era [...] a gente não pode ter contato com eles [portadores de transtornos mentais]	✓ Formação ✓ Agressividade do portador de transtorno mental ✓ Medo ✓ Ausência do usuário portador de transtorno mental na USF ✓ Formato de cursos de formação não atende as expectativas ✓ Dificuldade em lidar com a subjetividade ✓ Distanciamento na relação usuário-enfermeira
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] para eles [portadores de transtornos mentais] não terem que irem para ao Afrânio Peixoto ou o CAPS [...] o CAPS vai mandar as listas [dos portadores de transtornos mentais] [...] Eles já não passam por aqui, eles já vão direto para o CAPS, direto para o Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico]	✓ Reconhecimento de serviços integrantes da rede ✓ CAPS como principal porta de entrada

Quadro 32 - Entrevista 11 Data: 20/03/2013 Duração: 25 minutos e 57 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	A gente tem uma semana típica [...] Na medida do possível a gente tenta cumprir, mas, às vezes tem algumas alterações [...]	✓ Planejamento do trabalho ✓ Flexibilidade na organização do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] normalmente eu faço atendimento de pré-natal, planejamento familiar, consulta de crescimento e desenvolvimento à criança, visita domiciliar [...] educação em saúde [...] a parte burocrática mesmo da unidade, que acaba ficando mais com a gente mesmo [...] supervisão e orientação dos agentes comunitários de saúde e tem um turno de reunião de equipe.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Visita domiciliar ✓ Educação em saúde ✓ Atividades burocráticas ✓ Supervisão da equipe ✓ Reunião de equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] o cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família até hoje eu não vi [...] é muito superficial o cuidado [em saúde mental] [...] quando a gente fala em saúde mental, a gente pensa apenas no paciente psiquiátrico, que está em surto e tal, mais a gente vê que é uma abrangência bem maior [...], a parte da Enfermagem eu vejo que ainda está um pouco assim, distante [...] a gente tem aqui o apoio do NASF [...] a psicóloga, ela tem feito vários atendimentos a pacientes com ansiedade, depressão [...]	✓ Desconhecimento ✓ Ênfase no portador de transtorno mental ✓ Outros profissionais
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] formar um grupo com mais ou menos o mesmo objetivo que é essas pessoas que sofrem de ansiedade, depressão e que acaba entrando na saúde mental [...] Acho que a todo o momento da nossa vida a gente está trabalhando de certa forma, saúde mental né? Um atendimento às vezes individual que você dá a uma gestante, por exemplo, que está com problemas, que chega e que vai conversar com você e que você dá atenção, que você tenta direcionar, que você tenta ajudar de alguma forma ou encaminhar, você já tratando também não só medicação, mas tratando a situação de saúde mental dela. [...]	✓ Atividades grupais ✓ Promoção da saúde mental de usuários que não sejam portadores de transtorno mental ✓ Encaminhamento ✓ Medicalização
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] as equipes de certa forma são sobrecarregadas com outras ações e algumas acabam ficando é, a desejar, inclusive as ações com relação à saúde mental [...] teve esse curso [capacitação em saúde mental para as equipes de atenção básica] de 60 horas, esse curso foi bastante criticado porque ele supriu muito pouco às expectativas de todos os funcionários, dos profissionais que participaram, ele foi muito subjetivo [...] as unidades de saúde da família de Vitória da Conquista estão é, como é que se diz? Com um número muito maior de famílias do que deveria ter então a gente não consegue trabalhar o contexto que realmente o PSF preconiza, a gente tenta chegar perto mais algumas coisas ficam a desejar, inclusive algumas ações como, por exemplo, ação em saúde mental. [...] O que falta mesmo é um direcionamento daqueles pacientes mais críticos que realmente tem alguns casos de pacientes psiquiátricos que dependem de uso de medicação contínua [...] falta estrutura física, a gente não tem uma sala de reuniões [...]	✓ Sobrecarga de trabalho ✓ Deficiências nos cursos de educação permanente ✓ Dificuldade em lidar com a subjetividade ✓ Excesso de usuários/famílias na área ✓ Estrutura física da unidade
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] conhecer os serviços que o município disponibiliza, por exemplo, aqui quando chega algum paciente que a gente precisa encaminhar, a gente fica ainda né? Por exemplo, a gente não conhece os CAPS, tem CAPS ad, tem CAPS infantil, como é? Aonde é? Como é feito esse acompanhamento, de que forma a gente pode estar encaminhando, né? Qual é esse fluxo de encaminhamento? Como é feito o acolhimento lá? Como é priorizado? [...] a gente vê essa questão um pouco solta por parte da secretaria de saúde [...] não tem assim, um profissional, uma coordenadora de saúde mental que a gente nem conhece no município, então falta assim, essa integração mesmo né? [...] eu recebi aqui uma lista de pacientes do Afrânio Peixoto que é atendido no hospital Afrânio Peixoto e que está solicitando à equipe que acompanhe esses pacientes. Então ainda não tive tempo [...]	✓ Falta de clareza do fluxo da rede ✓ Falta de diálogo da coordenação de saúde mental com os serviços da rede ✓ Serviços da rede atuando de forma desarticulada

Quadro 33 - Entrevista 12 Data: 21/03/2013 Duração: 21 minutos e 16 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a gente tem a semana típica [...] Essa semana na verdade é programada toda sexta-feira, aí a depender da demanda que existe na sexta-feira a gente faz alteração na agenda [...]	✓ Planejamento do trabalho ✓ Flexibilidade na organização do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	Segunda-feira de manhã planejamento familiar, de tarde pré-natal, terça-feira eu colete preventivo, terça-feira de tarde eu faço visita domiciliar ou atendo criança, quarta-feira eu atendo planejamento familiar de manhã e de tarde eu atendo criança, quinta-feira de manhã eu atendo mulheres de uma forma geral, porque existe muita demanda para atendimento de mulher, preventivo, essas coisas, puerpério. À tarde eu faço grupo ou capacitação com os agentes comunitários. Sexta-feira de manhã eu atendo pré-natal e de tarde reunião de equipe.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Visita domiciliar ✓ Atividades grupais ✓ Capacitação com ACS ✓ Reunião de equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] depois dessa questão da desinstitucionalização eu achei que a família ficou muito perdida no meio disso tudo, porque na verdade não foi ensinado à família cuidar desses pacientes [...]	✓ Desinstitucionalização - desospitalização do portador de transtorno mental ✓ Dificuldades da família em lidar com o portador de transtorno mental
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] desde quando eu me formei na verdade a participação da gente era exclusiva em troca de receita [...] atividade lúdica, massa, pintura, na verdade só pra que eles se sentissem à vontade pra frequentar e participar da unidade. [...] a gente foi lá fazer a visita [ao portador de transtorno mental] [...] a gente acolheu, conversou [...]	✓ Formação biomédica ✓ Medicalização ✓ Atividades manuais ✓ Visita domiciliar ✓ Acolhimento
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] na ficha A [ficha de cadastramento da família] não tem o transtorno mental mesmo [...] a gente não tem intimidade com a doença mental [...] eu cheguei na casa [do portador de transtorno mental] super assustada [...] é esse receio que a equipe fica [...] a gente não foi preparado na formação da gente né? Porque assim, o que eu vi em faculdade há 15 anos foi o hospital, vi no final da minha capacitação o CAPS [...] a gente não foi treinado e capacitado para chegar pra família e falar assim, vamos aqui, e ter intimidade com esse assunto, como a gente tem com tuberculose, como a gente tem com hanseníase, como a gente tem com imunização [...] A gente se sente na verdade incompetente em relação a isso [abordar o portador de transtorno mental em crise]. [...] são bilhões de coisas, então eu acho assim, que tinha que estruturar melhor o saúde da família, porque senão a gente não vai dar conta da demanda [...]Tendo que lidar com o paciente, porque o hospital [psiquiátrico] não aceita mais, tendo eu que lidar com aquele paciente [portador de transtorno mental] dentro do domicílio né? E aí empurraram isso goela abaixo para as equipes de saúde da família porque a gente é o serviço que está mais próximo do usuário? Nós não estamos preparados, a família não está preparada e acham ótimo, maravilhoso, a questão de tirar os pacientes do hospital.	✓ Medo ✓ Formação deficiente em saúde mental ✓ Ênfase na crise ✓ Sobrecarga de trabalho ✓ Desospitalização e suas consequências
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] existiam os CAPS [...] existia o Afrânio Peixoto [hospital psiquiátrico]	✓ Reconhecimento de alguns serviços constituintes da rede

Quadro 34 - Entrevista 13 Data: 22/03/2013 Duração: 26 minutos e 44 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a gente tem um rotina da secretaria para a gente tentar seguir, só que não é uma coisa fixa, acaba se tornando dinâmico [...] a gente organiza semanalmente.	✓ Organização do trabalho a partir de uma determinação da secretaria municipal de saúde ✓ Flexibilidade no planejamento
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] na segunda-feira eu atendo crianças, faço puericultura pela manhã e pela tarde, na terça-feira atendo gestante e a tarde um grupo de gestantes [...] na quarta, pré-natal também e a tarde planejamento familiar, na quinta-feira coleta de citopatológico (preventivo) e visita domiciliar à tarde, na sexta a gente tem hiperdia [...] e reunião de equipe [...]	✓ Consulta de enfermagem ✓ Visita domiciliar ✓ Reunião de equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	Dentro da estratégia no geral, eu acho assim, que é algo que é sempre muito discutido e a gente que vivencia diariamente, a gente vê que não existe essa assistência, isso é fato. A gente acha que o paciente com transtorno mental tem que ir para o hospital psiquiátrico e não tem nem mais que existir [hospital psiquiátrico]. [...] a gente sabe que aquela família tem uma pessoa, mais a gente vê que não tem um cuidado programado, planejado pra esse indivíduo ou essa família, então assim, não existe um planejamento de cuidado pra eles não [...] A gente futuca, futuca, futuca, mais num preventivo a gente identifica só a coleta. Existe uma falta de integralidade [...]	✓ Ausência de ações ✓ Ênfase no portador de transtorno mental ✓ Hospitalização ✓ A técnica como principal elemento
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] ela [portadora de transtorno mental] precisa de um acompanhamento e acho que o acolhimento até isso existe você acolher, você receber, você encaminhar [...] trabalhar em grupo [...]	✓ Acolhimento ✓ Encaminhamento ✓ Atividades grupais
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] o despreparo do profissional e até da unidade mesmo [...] a estratégia não veio com essa ideia da gente estar abordando e planejando esse cuidado em saúde mental. [...] eu, particularmente, não me sinto preparada para estar acompanhando semanalmente esse paciente [portador de transtorno mental] [...] a gente não pode planejar ações se a gente não sabe agir [...] A estratégia saúde da família, ela é voltada para a integralidade, a gente tem que trabalhar de forma integral e a gente fica inquieta quando a gente vê que não dá tempo de falar de tudo [...]	✓ Despreparo profissional ✓ Desconhecimento como elemento determinante da ausência de ações ✓ Escassez de tempo na abordagem aos usuários
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	Com a criação dos CAPS, e a gente já tinha essa ideia do hospital psiquiátrico, ficou muito limitado, que o doente mental tem que ir pra lá [CAPS] e o paciente que é hipertenso, idoso, criança, tem que vir pra cá [unidade de saúde da família] [...] Eu vou precisar do apoio do CAPS, eu preciso do apoio do médico, eu preciso do apoio da equipe que acolha lá na frente, então não é só o enfermeiro, é a equipe, a estratégia em si.	✓ CAPS como porta de entrada para os portadores de transtornos mentais ✓ interdisciplinaridade

Quadro 35 - Entrevista 14 Data: 26/03/2013 Duração: 25 minutos e 04 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] a semana típica, cada profissional faz sua semana típica de acordo com a necessidade da clientela, junto com a equipe na reunião de equipe. [...]	✓ Planejamento do trabalho ✓ Organização das ações a partir das necessidades dos usuários
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] segunda-feira pela manhã eu atendo criança, à tarde são os grupos que intercalam, uma semana é hipertenso na outra semana é gestante, na terça-feira é criança manhã e tarde, na quarta-feira é gestante manhã e tarde, na quarta-feira, uma vez no mês também tem o CTA [centro de testagem e aconselhamento] né? Quinta-feira pela manhã é planejamento familiar, a tarde é reunião de equipe, sexta-feira, pela manhã é preventivo e a tarde ou supervisão ou criança, ou resultado de preventivo.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Reunião de equipe ✓ Supervisão
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] O paciente [portador de transtorno mental] chega, está em surto [...]	✓ Ênfase no portador de transtorno mental em crise
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] A gente fazia alguns grupos educativos [...] acolher os nossos pacientes [...] recurso pra estar fazendo grupos operativos [...] os pacientes de saúde mental, eles necessitam e recursos assim, de trabalhar com o manual né? Com trabalhos manuais né? Crochê, tricô, é pintura de quadros, de tela, de papel né? [...] eles [portadores de transtornos mentais] precisam de ressocialização na comunidade e na sociedade né? É no mercado de trabalho, é nesses grupos operativos, é no conselho local, é nas igrejas né? Nas associações de bairros, então o que eles precisam na verdade é estarem se ressocializando dentro da comunidade né? [...] São vários programas que existem dentro da comunidade que cada um poderia estar acolhendo essas pessoas [...] estar acolhendo e estar dando um retorno para eles [portadores de transtornos mentais]	✓ Grupos educativo-operativos ✓ Acolhimento
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] falta de materiais suficientes, suporte também, porque lá [em outro município] a gente tinha o psiquiatra [...] a quantidade de famílias que é muito grande e terminou que a gente colocou assim, priorizou outros grupos e deixando a saúde mental [...] questões de preconceitos dele [portador de transtorno mental] e da comunidade, são isolados né? [...] o número de famílias é muito grande [...]	✓ Escassez de recursos materiais ✓ Número exacerbado de família/usuários na área ✓ Preconceito
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] eles [CAPS] querem transferir [portadores de transtornos mentais] pra cá [unidade de saúde da família] mais a gente não tem grupos próprios pra a saúde mental [...] se a gente aproveitasse os recursos que a comunidade tem, não só pra saúde mental, mas também para outros grupos seria melhor [...]	✓ Reconhecimento do CAPS ✓ Transferência de responsabilidades entre os serviços integrantes da rede

Quadro 36 - Entrevista 15 Data: 27/03/2013 Duração: 13 minutos e 43 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	Toda hora chega uma demanda espontânea e a gente vai atender o que precisa [...]	✓ Ênfase na demanda espontânea
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	Segunda feira é resultado de preventivo, resultado CTA [centro de testagem e aconselhamento] que é a coleta de testagem e aconselhamento, a tarde visita domiciliar. Terça feira pré-natal pela manhã, à tarde CD [crescimento e desenvolvimento da criança]. Quarta-feira de manhã planejamento familiar e alguns encaixes com resultados ou qualquer demanda que aparecer, à tarde ou a reunião geral do conselho; se não for, eu atendo CD novamente quinta-feira preventivo, à tarde pré-natal e quando é na Sexta-feira CD novamente e a tarde pré-natal.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Reunião do conselho local de saúde ✓
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	Eu achava que deveria ser de uma forma mais assim integral com o paciente [...] a gente tem vários pacientes aqui com transtorno mental [...] creio que esse atendimento é bem restrito pelo menos na saúde da família [...] Atendimento integral porque assim, a pessoa com saúde mental é hipertenso, ele convive na área, ele [portador de transtorno mental] tem as dificuldades [...] hoje em dia todo mundo tem um transtorno [risos] [...] a gente tem a psicóloga do NASF [...]	✓ Portador de transtorno mental ✓ Atendimento escasso ✓ Integralidade ✓ Outros profissionais
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] a estratégia do NASF é mais assim, grupo [...] transcrever os medicamentos [...] ela só de conversar comigo ela já melhora [...] é bom a gente ter o vínculo [...]	✓ Trabalho em grupo ✓ Medicalização ✓ Diálogo/escuta ✓ Vínculo
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	As dificuldades são os encaminhamentos [...] o preconceito da comunidade, não só da comunidade, mas, o medo até do profissional de estar lidando com certos transtornos [...] a gente não tem preparação pra estar lidando com aquele transtorno naquele momento; aquele surto. [...] o CAPS atende às vezes. A gente não sabe que aquele paciente tem um transtorno, às vezes a família não quer também dizer para o agente comunitário que é o mais próximo, que tem o transtorno.	✓ Medo ✓ Referenciamento do portador de transtorno mental a outros serviços ✓ Falta de preparo
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] pra onde a gente ia encaminhar? Como é que vai ser agora? Ai a gente tenta encaminhar para os grupos do NASF; porque se a gente for encaminhar pro CAPS não tem vaga. [...] a gente tem a dificuldade de esta encaminhando; tem a dificuldade de agir frente àquela situação a gente tenta conversar tenta orientar tenta encaminhar, mas às vezes não tem muito sucesso no encaminhamento por causa de vagas [...] Não acredito que fechando o Hospital Afrânio Peixoto resolva o problema dessa reforma de saúde mental. [...] contra referência né?	✓ Desconhecimento do fluxo e do papel de cada serviço da rede ✓ Desospitalização como algo negativo

Quadro 37 - Entrevista 16 Data: 28/03/2013 Duração: 15 minutos e 50 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	Nós temos uma agenda, um cronograma, mais esse cronograma é flexível [...]	✓ Flexibilidade no planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	Na segunda-feira eu atendo pela manhã gestante, a tarde visitas, na terça-feira atendo criança de manhã e a tarde educação em saúde ou vou à escola fazer planejamento familiar ou um grupo de hipertensos, é sempre na terça-feira a tarde, na quarta-feira pela manhã é preventivo e a tarde é gestante, quinta pela manhã é saúde da criança, CD, e a tarde reunião de equipe e sexta pela manhã saúde da mulher e a tarde é coleta de preventivo [...]	✓ Consulta de enfermagem ✓ Reunião de equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	Eu acho, eu acho não, tenho certeza é um foco difícil de trabalhar [...] eu acho que a saúde mental, ela não pode se vincular simplesmente num grupo, todas essas pessoas, elas estão inseridas, elas passam por preventivo, elas passam pra pressão alta, tudo isso, então assim, é de suma importância a gente tentar olhar eles na verdade com outros olhos [...] Ele tem uma doença diferenciada, é saúde mental [...] Eu acho que falta também uma política do estado	✓ Dificuldades ✓ Inserção do portador de transtorno mental em outros serviços ✓ Falta de política de Estado
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] tem que ter um acolhimento bem diferenciado [...] a medicação dela [portadora de transtorno mental] está aqui no armário [...] O agente [comunitário de saúde] já está inserindo ela em outros contextos [...]	✓ Acolhimento ✓ Medicalização
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	A gente sai da graduação sem saber como trabalhar o indivíduo, saúde mental na unidade de saúde da família [...] a grande maioria dos profissionais tem até certo receio de se trabalhar com o doente de saúde mental, acho que é por medo. [...] tem profissionais que tem medo da agressão [...] falta de material né? Que nem uma oficina mesmo, a gente, a unidade poderia estar fazendo essa oficina, só que nós não temos lugares né? A própria unidade não tem o material [...] os municípios também não tem como simplesmente você colocar pra unidade de saúde, se o próprio Estado não tem uma política de saúde mental [...]	✓ Formação em saúde mental deficiente ✓ Medo ✓ Escassez de materiais ✓ Ausência de uma política de saúde mental
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	-	-

Quadro 38 - Entrevista 17 Data: 03/04/2013 Duração: 13 minutos e 49 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	-	-
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] tenho dois turnos de pré-natal, dois de saúde da criança, um de reunião, dois de saúde da mulher e um de supervisão, essas coisas todas.	✓ Consulta de enfermagem ✓ Reunião de equipe ✓ Supervisão
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	Eu confesso que deixa muito a desejar [...] são pessoas [portadores de transtornos mentais] assim, que exigem uma atenção maior [...] eu acho que a gente não tem mecanismos, a gente não tem nada pra ofertar ao não ser o bla bla bla [...]	✓ Fragilidades ✓ Portador de transtorno mental ✓ Desvalorização do processo de comunicação
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] eu tenho contato com essas pessoas de saúde mental é aplicando remédio, verificando se está tomando o remédio direito, mas, não tenho tempo de cuidar, de conversar, de chamar, de ir a casa [...] se a gente tivesse como tivesse tirar um dia, tirar uma hora pra essas pessoas serem ouvidas [...] ter um vínculo [...] estamos tentando criar grupos junto com o NASF [...] a gente está pensando em criar essa oficina [...] Eu acredito muito no trabalho manual, eu acho que acalma, faz com que eles se sintam úteis e eu acho que eles precisam estar perto de outras pessoas [...]	✓ Medicalização ✓ Escuta ✓ Vínculo ✓ Trabalhos manuais
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	Nós não temos muito tempo pra isso, e acaba que a gente deixa passar [...] Olha o que eu sinto, as pessoas tem medo deles [portadores de transtornos mentais] [...] a gente teve um treinamento que não, não andou, parou [...] a família também dificulta bastante né? Eles trazem, mais não querem perder tempo tá? [...] eu tive uma formação muito hospitalocêntrica, onde eu estudei era tudo muito hospital [...] a formação acadêmica dos profissionais, principalmente, os mais velhos, os de hoje não, os mais velhos, foi muito hospitalocêntrico, foi muito clínica de loucos. E aí criou um estigma, as pessoas tem medo [...]	✓ Sobrecarga de trabalho ✓ Medo ✓ Deficiências no processo de educação permanente ✓ Formação
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	-	-

Quadro 39 - Entrevista 18 Data: 03/04/2013 Duração: 16 minutos e 43 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	[...] atendimento pela semana típica [...]	✓ Planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] tem a supervisão dos ACS [agentes comunitários de saúde] [...] na segunda-feira eu faço atendimento de mulher, resultado de exame de preventivo, planejamento familiar, a tarde criança, faço atendimento de CD né? Na terça-feira eu atendo pré-natal manhã e tarde, na quarta-feira eu faço visita domiciliar intercalado com pré-natal, que a demanda é alta e supervisão do ACS, fecho mapas, quando tem né? Na semana, investigação de óbito, quando tem na semana, geralmente é o turno que eu deixo pra estar resolvendo isso. Na quinta-feira eu faço atendimento de criança, a tarde coleta de Papanicolaou, na sexta-feira eu faço atendimento voltado para o adolescente pela manhã, grupos educativos também e a tarde reunião de equipe. Aqui eu tenho grupos de adolescentes, gestantes e idosos que a gente pega mais com o grupo de hipertensos e diabéticos.	✓ Supervisão ✓ Consulta de enfermagem ✓ Visita domiciliar ✓ Atividades burocráticas ✓ Vigilância epidemiológica ✓ Grupos de educação em saúde ✓ Reunião de equipe
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] dá um suporte pra todo o familiar que é necessário [...] Nesse cuidado, nessa atenção voltada para o doente mental, então envolve muito toda a equipe [...] Não ver só naquela patologia, mais naquele ambiente ali que ele está vivendo, pra ver o que a gente pode estar fazendo pra aquele paciente.	✓ Suporte ao familiar do portador de transtorno mental ✓ Atendimento integral
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[...] eu busquei suporte com o CRAS e o CRAS buscou com o CREAS [...] encaminhei [portadora de transtorno mental] para o CAPS, e aí ela retorna pra conversar, ela inclusive mudou pra área, mais criou esse vínculo comigo então ela volta pra mim [...] Eu acho que uma ação que está atrelada ao cuidado em saúde mental na saúde da família é a escuta qualificada desse paciente pra você saber pra onde encaminhar, o que ele vai aceitando, o que ele vai buscando [...] a gente tem o núcleo de apoio que às vezes se envolve [...] viver socialmente dentro do meio familiar, eu acho que o doente mental, ele precisa disso.	✓ Intersetorialidade ✓ Vínculo ✓ Escuta ✓ (Re)inserção familiar e social do portador de transtorno mental
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] aqui que já é uma área que está com uma demanda muito grande [...] eu acho que é subsídio material também e capacitar a gente melhor, eu acho que ainda falta isso, a gente estar mais bem capacitado. [...] Às vezes o entrave é o próprio usuário, de vir até a unidade [...] Estabelecer em quais situações, pra onde eu vou referenciar o caso, seria preparar a gente pra resolver aqui, dar subsídios materiais [...]	✓ Demanda exacerbada ✓ Carência de recursos materiais ✓ Formação ✓ Falta de padronização de condutas
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	[...] ver o que vai resolver, se resolve aqui ótimo, senão estar buscando, estar encaminhando e diminuindo essa questão do trajeto, a gente mesmo já entra em contato [com os serviços especializados], já marca, já passa pra eles certinho, a data de ir. [...] teve que envolver até o SAMU 192 na época [...] eu acho que deveria existir um fluxograma pra gente saber estar lidando com essa situação, eu senti essa necessidade também [...] Eu percebo que tem vários setores pra onde a gente pode estar encaminhando, eu não acho que esteja ruim não, o que falta mesmo é a gente direcionar melhor mesmo assim, eu achei que está faltando isso, mais eu acho que é uma rede assim, pelo menos as situações que eu vivi eu tive pra onde encaminhar e ele foi acolhido [...] vieram funcionários do CAPS falar que vai descentralizar [o atendimento aos portadores de transtornos mentais] Porque tem né, pra estar encaminhando para os setores, tem CAPS, tem CAPSad, tem CAPS II, eu tenho pacientes que são usuários do Afrânio também que voltam, não ficam muito tempo lá [...]	✓ Reconhecimento de serviços integrantes da rede ✓ Falta de fluxo estabelecido para a veiculação do usuário dentro da rede ✓ Descentralização e ações para a USF

Quadro 40 - Entrevista 19 Data: 05/04/2013 Duração: 15 minutos e 07 segundos Local: USF

Pré-Categoria	Temas Identificados	Recortes Temáticos	Possíveis Ancoragens e Objetivação
Trabalho da Enfermeira	Organização do trabalho da enfermeira	Na realidade, o PSF ele tem uma semana típica [...]	✓ Planejamento do trabalho
	As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família	[...] CD, que é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pré-natal, fazemos abordagem sindrômica, CTA né? Que é o Centro de Testagem e Aconselhamento, planejamento familiar, visita domiciliar, tem um turno de visita, um turno de grupo, eu sou responsável pelo grupo de gestantes e a médica responsável pelo grupo de hipertenso e diabético [...]	✓ Consulta de enfermagem ✓ Visita domiciliária ✓ Atividades grupais
Cuidado em Saúde Mental	Significados sobre cuidado em saúde mental	[...] nós nem temos noção do cuidado que nós fazemos [...] tudo começa aqui na estratégia saúde da família [...] A gente não tem uma atenção para a saúde mental, embora a gente a tenha inserida nas outras consultas [...] A gente foca muito no paciente e se esquece do cuidador [...]	✓ Falta de cristalização do cuidado produzido ✓ Reconhecimento da USF como porta de entrada ✓ Inserção dos portadores de transtornos mentais em outros programas ✓ Ênfase no portador de transtorno
	Possibilidades e Instrumentos utilizados para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental	[os agentes comunitários de saúde] fazem também esse papel, tanto da escuta, quanto do encaminhamento [...] temos o apoio do NASF que é um psicólogo que dá esse apoio pra gente aqui [...] é mais essa questão de identificação e encaminhamento e acompanhamento através das visitas domiciliares quando necessárias pelos profissionais de nível superior e pelos agentes comunitários de saúde. [...] Eu identifico os apoios né? [...] temos encaminhamento para a psiquiatria, temos encaminhamento para a psicologia [...]	✓ Escuta ✓ Encaminhamento ✓ Apoio matricial do NASF ✓ Visitas domiciliárias
	Limitações para efetivação do cuidado em saúde mental	[...] eu sou humilde o suficiente pra reconhecer que a gente tem pouco conhecimento, mesmo porque são tantas as atividades que a gente faz durante a semana são tantos os programas que colocam pra gente desenvolver que acaba que a gente esquece um pouquinho, esquece muito dessa outra parte [saúde mental] que é muito importante [...] a cota [de encaminhamentos] também é um dificultador [...] tem muito profissionais que tem medo de lidar com o paciente portador de transtorno mental [...]	✓ Reconhecimento da formação deficiente ✓ Sobrecarga de trabalho ✓ Medo
Rede de Atenção à Saúde Mental	(Des)conhecimento da rede de atenção à saúde mental	O CAPS aqui de Conquista é excelente, porém não consegue abarcar tudo, porque ele recebe circunvizinhas [municípios da microrregião]	✓ CAPS como referência ✓ Demanda reprimida

15 – ANEXOS

15. 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA DE SANTA FÉ DO SUL

Campus I - Rua Oito, 854 - Centro

Campus II - Av. Mangará, 477 - Jardim Mangará

Campus III - Av. Paulo Nunes da Silva, 95 - Centro

Santa Fé do Sul - SP - CEP: 15775-000

Fone/Fax: (17)3641-9000/www.funecsantafe.edu.br - e-mail: informacao@funecsantafe.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO

Projeto: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador Responsável: Edirlei Machado dos Santos

Protocolo: 0000118

Instituição Responsável: Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul

CEP de Origem: Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul

Área Temática: Ciências da Saúde/ Enfermagem

O Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, na sua reunião de 29/11/2011, **APROVOU** o protocolo número 0000118.

Após o desenvolvimento e conclusão da pesquisa entregar **RELATÓRIO FINAL**, de acordo com o modelo disponível no site www.funecsantafe.edu.br/cep, ao Comitê de Ética em Pesquisa, impreterivelmente até o dia **29/11/2012**.

AVALIAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Área Temática: Ciências da Saúde

Área de Concentração: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

2 AVALIAÇÃO DO PROJETO

2.1 Relevância científica

O projeto apresenta relevância científica devido ao fato de que muitos profissionais da área da atenção básica da saúde não reconhecem problemas de

saúde mental e, portanto, não conseguem atender as necessidades psicossociais tanto do usuário dos serviços quanto de suas famílias.

2.2 Fundamentação teórica e referências

O embasamento teórico está harmônico com a proposta da pesquisa, entretanto, é necessário adequações às seguintes referências: autores descritos no texto, não constam nas referências: Schramm(1971), Glaser e Straus (1967).

Conforme informado pelo autor do projeto, várias referências não foram citadas no texto, mas foram consultadas, por isso constam nas referências.

2.3 Objetivos e justificativas

O presente projeto justifica-se pelo campo de atuação do profissional de enfermagem perante o problema da não qualificação para o desenvolvimento de ações de saúde mental. O objetivo geral e os objetivos específicos estão expostos de forma clara.

2.4 Metodologia

A pesquisa será realizada através de uma abordagem qualitativa, visando desenvolver um estudo do tipo exploratório utilizando o método de estudo de caso. Os procedimentos adotados estão descritos de forma clara e objetiva.

2.5 Critérios de participação

Como critérios para a participação no projeto, três itens serão considerados: atuar no mínimo três meses na Estratégia Saúde da Família, atuar em USF da zona urbana e concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não existem critérios para a interrupção da pesquisa.

2.6 Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos

Não existem riscos para os participantes, uma vez que os mesmos serão entrevistados e responderão um questionário constante nos apêndices 1 e 2.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA DE SANTA FÉ DO SUL

Campus I - Rua Oito, 854 - Centro
Campus II - Av. Mangará, 477 - Jardim Mangará
Campus III - Av. Paulo Nunes da Silva, 95 - Centro
Santa Fé do Sul - SP - CEP: 15775-000

Fone/Fax: (17)3641-9000/www.funecsantafe.edu.br - e-mail: informacao@funecsantafe.edu.br

3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Informação ao sujeito da Pesquisa estão redigidas em um mesmo documento. Sugerimos que sejam escritas em documentos separados.

4 PARECER CONCLUSIVO

Projeto aprovado.



Marilda Duran Lima

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul