

## O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE\*

*THE PROCESS OF FORMATION OF MENTAL HEALTH FOR NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE*

*EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL ENFERMEIRO EN SALUD MENTAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*

Hilton Giovanni Neves<sup>1</sup>, Roselma Lucchese<sup>2</sup>, Denize Bouttelet Munari<sup>3</sup>, Ivania Vera<sup>4</sup>, Fabiana Ribeiro Santana<sup>5</sup>

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa com objetivo de analisar os saberes que foram desenvolvidos na formação do enfermeiro da Saúde da Família (SF) para atender Saúde Mental na Atenção Primária, em relação ao modo psicossocial. Pesquisa realizada em 2008 com três enfermeiros de equipes da SF de um município do interior do Mato Grosso. Os dados foram submetidos à análise temática, em que os resultados foram organizados em torno de duas categorias "As limitações dos espaços formais de formação do enfermeiro" e "A Saúde da Família e a práxis transformadora em Saúde Mental". Concluímos que os espaços oficiais de formação pouco valorizaram o ensino da Saúde Mental, o mesmo ocorre no contexto da educação permanente. Apesar da limitada constituição de competências para atenção à Saúde Mental, encontramos movimentos significativos, como a sensibilização às manifestações afetivas e psíquicas da população com percepção ampliada da saúde.

**Descritores:** Enfermagem; Saúde da Família; Saúde Mental; Educação em Enfermagem.

This study was based on descriptive, exploratory and qualitative approach and aimed at analyzing scientific knowledge that was developed in the formation of Family Health (FH) nurses to address Mental Health in Primary Care regarding psychosocial aspects. Research conducted in 2008 with three teams of FH nurses a municipality in the countryside of Mato Grosso, whose data were submitted to content analysis. The results were organized according to two themes "The limitations of official spaces for the training of nurses" and "The Family Health as well as the transformation praxis in Mental Health". It was concluded that the official spaces mentioned above do not give too much importance to education on mental health, the same occurs in the context of lifelong learning. Despite the limited provision of skills for Mental Health care, we have found significant changes such as the sensitization to emotional and psychological manifestations of the population with higher awareness of health.

**Descriptors:** Nursing; Family Health; Mental Health; Education, Nursing.

Estudio descriptivo, exploratório, con enfoque cualitativo, a fin de analizar los saberes desarrollados en la formación del enfermero de la Salud de la Familia en Salud Mental para la Atención Primaria, con relación al modo psicossocial. Realizada en 2008, con tres enfermeros de equipos de la Salud de la Familia, del interior de Mato Grosso, Brasil. Los datos fueron sometidos al analisis de contenido, y los resultados fueron organizados en dos categorías: "Las limitaciones de los espacios formales de formación del enfermo" y "La Salud de la Familia y la práctica transformadora en Salud Mental". Los espacios oficiales de formación poco valoran el ensino de la Salud Mental y también de la educación permanente. A pesar de la limitada constitución de competencias para la atención a la salud mental, hay movimientos significativos, como la sensibilidad a las manifestaciones afectivas y psíquicas de la población con percepción ampliada de la salud.

**Descritores:** Enfermería; Salud Familiar; Salud Mental; Educación en Enfermería.

\*Texto originado de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso UFMT.

<sup>1</sup> Enfermeiro Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem UFMT. Docente da Universidade de Cuiabá/MT, Brasil. E-mail: hgneves@terra.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Docente no Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás - *Campus* Catalão - UFG/CAC, Brasil. E-mail: rosalmalucchese@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira Doutora em Enfermagem pela EERP USP Titular na Faculdade de Enfermagem da UFG. FEN/UFG, Brasil. E-mail: denize@fen.ufg.br

<sup>4</sup> Enfermeira Doutoranda em Enfermagem pela FEN/UFG. Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina UNIFESP. Docente no Curso de Enfermagem na UFG/CAC, Brasil. E-mail: ivaniavera@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira Mestre em Enfermagem pela FEN/UFG. Docente no Curso de Enfermagem na UFG/CAC, Brasil. E-mail: fabiana\_fen@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O processo de formação do profissional de saúde é um desafio das Instituições de Ensino Superior (IES), dos dirigentes dos serviços de saúde e demais atores que tem a missão de atender às demandas dos diversos serviços de saúde e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>.

Desde a Constituição Federal (CF) em 1988, mudanças importantes no cenário político e legal nos setores de saúde e educação foram propostas, alavancando o avanço desse processo. A regulamentação do SUS com as Leis 8.080 e 8.142 em 1990, as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação (DCN) na área da Saúde em 2001 e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) entre 2005-2007 são exemplos concretos dos esforços dirigidos em torno dessa questão<sup>(1)</sup>.

Essas mudanças foram implementadas em meio a movimentos contraditórios de avanços e limitações na mobilização de transformações, exigidas para atender necessidades de saúde da população. Tal movimento, por vezes, nos faz conviver ao mesmo tempo, com progresso intersectorial, que amplia a concepção de formação dos profissionais de saúde como as propostas e projetos emanados do PRÓ-SAÚDE<sup>(1)</sup> e com limitações ainda decorrentes da influência do modelo tradicional flexneriano nas práticas de saúde. Esse processo é bastante evidente quando pensamos na atenção primária (AP), especialmente, por seu impacto no enfraquecimento da constituição de novas práticas sanitárias da Saúde da Família (SF)<sup>(2)</sup>.

Para analisar a formação na área da saúde mental no contexto da SF é fundamental pensar na construção de novos saberes e práticas. Isso requer um processo de desconstrução e reconstrução, a partir da constituição da atenção psicossocial ao indivíduo em sofrimento mental, com efetivação de prática de reinserção desse sujeito ao

convívio social e de sensibilização às subjetividades nas relações em saúde<sup>(3)</sup>.

Esse processo é fundamental para fortalecer a atenção à saúde mental na AP, de modo a efetivar serviços substitutivos nessa área e a constituição de saberes que vislumbrem a integralidade do cuidado, já que a AP é a porta de entrada do sistema de saúde<sup>(4)</sup>. Nesse cenário as questões de saúde mental exigem respostas, pois é nesse espaço que emergem as necessidades reais das pessoas/família/comunidade<sup>(5)</sup>, o que envolve também o conceito de territorialidade<sup>(6)</sup>.

Os princípios da atenção psicossocial possuem estreita relação com os da Reforma Sanitária, indicando que ambos podem fortalecer as ações no âmbito da SF e compor uma rede de atenção em saúde mental integrando a rede substitutiva à hospitalização psiquiátrica, articulada nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde<sup>(7)</sup>. Assim, a relação da saúde mental na SF pode ser fortalecida, rompendo um modelo historicamente dado, de especialização do cuidado com enfoque na hospitalização<sup>(4)</sup>.

Um dos desafios é ofertar atenção integral à saúde das pessoas, o que exige adoção de práticas produtoras de saúde, norteadas pelos conceitos de autonomia e integralidade<sup>(8)</sup>. Assim, a constituição de novos saberes e fazeres de cuidado em saúde é essencial, sobretudo, ao enfermeiro, que é um profissional presente nos cenários e equipes de atenção à saúde<sup>(1)</sup>.

Nessa lógica, a integralidade da atenção no contexto do trabalho da SF depende da mudança na perspectiva de ação de profissionais/enfermeiros que devem incorporar às suas práticas, saberes inerentes à atenção psicossocial na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a Lei 10216/2011 redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental. Por outro lado, convivemos com alguns contextos em que enfermeiros que atuam na AP revelam o seu despreparo para essa construção, pois o processo de formação não instrumentaliza esse profissional para atender demandas

de Saúde Mental no âmbito da AP<sup>(4,9)</sup>. A formação do enfermeiro ainda não subsidia a transformação, e como impedimento estudos apontam para maior valia a modelos de ensino e assistenciais hegemônicos que, pouco contribuem para a efetivação de práticas psicossociais quanto da integralidade de atenção à saúde<sup>(1-4)</sup>.

Com base nesses argumentos, partimos neste estudo de alguns questionamentos: que saberes os enfermeiros tem acumulado no seu processo formal de educação, relacionados ao campo da saúde mental? No contexto da educação permanente são desenvolvidos saberes para atenção em saúde mental na SF? O contexto de organização da SF possibilita o desenvolvimento da atenção em saúde mental?

A partir desses questionamentos foi proposto o presente trabalho cujo objetivo foi analisar os saberes que foram desenvolvidos na formação do enfermeiro da SF para atender saúde mental na AP, em relação ao modo psicossocial.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada em um município de médio porte do interior do estado de Mato Grosso (MT), mais especificamente em três unidades de SF, entre abril a junho de 2008. Para seleção das referidas unidades foi considerado como critério de inclusão, ser USF utilizada como campo de prática para atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem.

Foram sujeitos do estudo três enfermeiros, gestores de ESF que atuavam nesses serviços, devendo os mesmos atender ao critério de serem vinculados a mais de 2 anos nas respectivas unidades e experiência no processo de formação de enfermeiros. A escolha dos sujeitos e dos locais foi feita tendo em vista, a peculiaridade no delineamento de pesquisas qualitativas que recomenda a realização da coleta de informações em ambientes considerados relevantes ao estudo<sup>(10)</sup>.

Para coleta de dados aplicamos a entrevista individual em profundidade, com objetivo de explorar o cotidiano do entrevistado, extraindo suas experiências, escolhas e sensibilidade acerca do objeto de estudo. As entrevistas foram realizadas entre dois a três dias com cada enfermeiro, com duração de 2 a 3h em média de entrevista por enfermeiro.

O próprio local de trabalho dos sujeitos foi o ambiente de realização das entrevistas, realizadas após autorização institucional e convite individual. As entrevistas foram gravadas e conduzidas a partir de um roteiro com duas questões abertas e complementares que buscaram a descrição do processo de formação dos sujeitos relativos ao desenvolvimento da sua graduação e/ou pós-graduação e da prática profissional.

O tratamento dos dados foi feito a partir da análise de conteúdo, modalidade temática, atendendo as três fases previstas, que sumariamente inicia na pré-exploração, a partir da transcrição das entrevistas e a leitura flutuante, passando pelo recorte das unidades de significação e concluindo na categorização do material, emergindo suas categorias temáticas<sup>(10)</sup>. Na apresentação dos dados, as falas dos sujeitos receberam identificação alfa numérica (E1), (E2) e (E3) respectivamente.

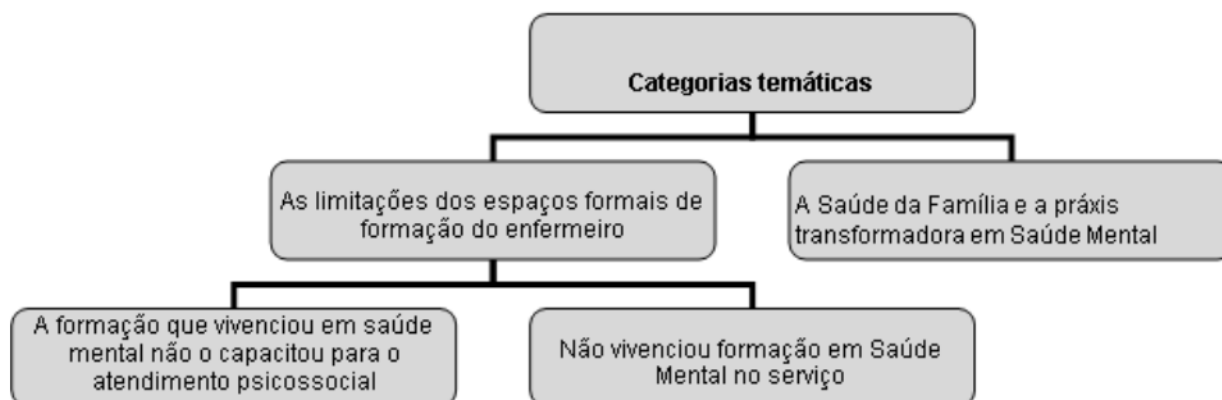
O projeto que deu origem a pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT, por meio do parecer 451/CEPHUJM/07. Ao primeiro contato, foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, esclarecidos os aspectos relativos aos cuidados éticos e o caráter voluntário de adesão. Finalmente solicitamos o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido daqueles que concordaram em participar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os três enfermeiros sujeitos da pesquisa tinham idade média de 31 anos, concluíram a graduação em enfermagem entre os anos de 2004 e 2005. Dois sujeitos eram do sexo masculino e um do feminino, dois deles

foram formados em universidade pública estadual, todas no mesmo estado onde ocorreu a pesquisa. Os três possuíam especialização em saúde pública.

A análise dos dados permitiu a identificação de duas categorias temáticas, em conformidade com os objetivos da investigação. O esquema a seguir apresenta uma síntese das categorias e subcategorias.



**Figura 1** - Síntese das Categorias Temáticas e Subcategorias que emergiram do processo de análise da pesquisa. Mato Grosso, 2008

### As limitações dos espaços formais de formação do enfermeiro

Esta categoria foi constituída a partir do conteúdo originado das falas dos sujeitos referentes às experiências relativas ao aprendizado da saúde mental nos espaços formais de formação do enfermeiro desde a graduação, especialização e educação permanente. Para melhor compreensão desse processo dividimos os dados em duas subcategorias.

“A formação que vivenciou na IES em saúde mental não o capacitou para o atendimento psicossocial” constituiu-se em uma subcategoria que retrata o processo de formação dos sujeitos nas IES a partir das disciplinas formais/curriculares relacionadas à saúde mental.

De acordo com as falas dos sujeitos, observamos que as experiências de formação na graduação foram focalizadas em práticas reducionistas, que pouco se aproximam da ideia de atenção ampliada em saúde mental. *Minha formação IES não me possibilitou aprender muito sobre saúde mental ... tivemos muitos problemas ... falta de professores, campo de estágio, laboratório (E3). Nós tivemos aulas durante seis meses ... pegamos o hospital ... lá do Adauto Botelho (hospício) (E2). Na graduação, infelizmente como primeira turma não teve essa parte de saúde mental, teve apenas um estágio de conhecimento de campo (E1).*

Esses exemplos mostram que os enfermeiros participantes do estudo não tiveram oportunidades para desenvolver saberes/fazer fundamentados no conceito ‘ampliado de saúde’, nem no cuidado de enfermagem baseado nas relações interpessoais. Na atenção psicossocial, essa perspectiva do cuidado se relaciona com a construção de um olhar diferenciado para aquele que sofre mentalmente, pois instrumentaliza para práticas que têm o sujeito/família como centro da ação, e não apenas a doença e a remissão de sintomas<sup>(6)</sup>. Sendo que a experiência do discente em serviços substitutivos à hospitalização durante seu processo de formação eleva a capacidade de desenvolvimento de habilidades na construção da atenção psicossocial<sup>(11)</sup>.

Embora a pesquisa buscasse a evidência do aprendizado voltado especificamente à área de saúde mental é preocupante a situação colocada pelos entrevistados, pois as mudanças requeridas pela DCN são, em especial, voltadas às necessidades contemporâneas da profissão, devendo focalizar as reais carências de saúde da população e os conceitos que orientam as políticas públicas de saúde<sup>(12)</sup>. Porém, o processo de formação do enfermeiro apresenta dificuldades na constituição de saberes na integralidade

da atenção, sendo uma delas a constituição de práticas em saúde mental no nível de AP<sup>(3)</sup>.

O ensino de saúde mental vivenciado pelos sujeitos revelou uma realidade distante do ideal para se conseguir a desconstrução do espaço social ocupado pela pessoa que sofre mentalmente e da edificação de práticas psicossociais na AP. *Então as políticas sociais, o programa do governo, na faculdade a gente não tem ela totalmente... Associar teoria com a prática... hoje quase que 70% da estratégia do governo é a atenção básica, a promoção e prevenção, e na IES há uma lacuna muito grande* (E1). *Pegávamos três pacientes em cada seis alunos, e íamos estudá-lo, o nosso papel ali dentro era avaliar o paciente com sofrimento psíquico. E dali a gente fechava o relatório e entregava pra professora ... estudar a patologia e descobrir o diagnóstico dele.* (E2) *De saúde mental lembro que trabalhamos conceitos teóricos das patologias, a legislação, os serviços disponíveis no estado, mas não tivemos nenhum momento prático. Fizemos uma visita no CAPS, manipulamos os prontuários, fizemos um estudo de caso da patologia de um usuário e, fomos até a casa dele* (E3).

Os trechos em destaque mostram as características do processo de ensino específico na área de saúde mental vivida pelos sujeitos que se graduaram entre 2004 e 2005. Ao correlacionarmos a realidade revelada pelos mesmos, com estudos publicados no mesmo período<sup>(13-14)</sup>, observamos que há tempos se discute a necessidade de formação do enfermeiro para atuação em saúde mental, que supere a visão focada apenas no saber técnico-teórico.

No entanto, as experiências refletem ainda traços de um modelo centrado na doença e na cristalização de modelos de referência focados no hospital. *Tive mais contato com a pessoa na assistência... a gente avaliava os doentes mentais lá no hospital* (E1). *Lá no Adauto (hospício), durante a graduação a gente cortava unha, dava banho, conversava, ajudava na alimentação, entregava medicamentos ... o que foi de melhor de conhecimento na área da psiquiatria foi no Hospital Dia... Ali nós fazíamos brincadeiras, entretenimento... Montávamos a patologia dele, pegávamos o diagnóstico fazíamos metas, fazíamos prescrição dos cuidados* (E2).

A análise dessas falas possibilita a compreensão de como traços históricos são visíveis na formação em saúde mental dos sujeitos, bem como a influência do modelo clínico-psiquiátrico<sup>(6)</sup> e o grande valor atribuído às instituições hospitalares no processo de formação do

enfermeiro<sup>(3)</sup>. No entanto, as mudanças na política nacional de saúde, os desafios para implementação, consolidação do SUS e as propostas das DCN/ENF indicam a necessidade de construção da formação de recursos humanos em saúde baseado em pressupostos que considerem uma nova perspectiva de saúde<sup>(12)</sup>.

Na área de saúde mental, em particular, a superação de práticas focadas no modelo asilar, apesar de indicar um caminho sem volta, ainda encontra inúmeros obstáculos envoltos na subjetividade do processo de cuidar e nos desafios da consolidação de práticas transformadoras nessa área<sup>(3,13,15)</sup>.

Diante da realidade revelada pelos sujeitos acerca da própria formação, destacamos uma fala que apontou para um movimento de mudança, provavelmente advindo da valorização de novos espaços para construção das práticas de enfermagem no meio acadêmico. *Tem o ERI (Estágio Rural Supervisionado), lá que a gente vê no que o SUS direciona suas ações...* (E1).

O Estágio Rural Supervisionado (ERI) se coloca como um componente integrador entre as IES e os serviços de AP, pois viabiliza estratégias de ações locais em saúde, sobretudo com participação social neste movimento, além de organizações de trabalho como interdisciplinaridade, pois envolve outros cursos da área da saúde, integração do ensino com serviços de saúde e interiorização destes profissionais.

Experiência semelhante no MT destaca essa prática como inovadora, pois permite aproximação das IES com serviços do SUS na AP. A avaliação desse processo apontou também fragilidade na interseção do ensino com profissionais do serviço do SUS e, necessidade de atividades que envolvam ações interdisciplinares no sentido da integralidade<sup>(16)</sup>. Essa fragilidade muitas vezes expressa a falta de políticas claras e consistência de educação em serviço, que sejam abrangentes e articuladas com as IES.

A subcategoria "Não vivenciou formação em saúde mental no serviço" reflete a realidade dos entrevistados que passam por capacitações pré-formatadas, que por muitas vezes não atende as

necessidades dos profissionais, o que seria primordial para a constituição da educação permanente. *Não tenho curso, dois anos aqui nunca tive um curso de saúde mental*(E1). *Quanto a pós que fiz em saúde pública nem foi mencionado saúde mental, e os cursos que o estado oferece junto com a secretaria nunca teve de saúde mental, pelo menos do tempo que estou aqui* (E3).

O relato dos participantes remete a ideia de menor valia atribuída à área de saúde mental na formação em saúde. Os sujeitos indicaram extensa programação de cursos de capacitação, oferecida pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde que contemplou: Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN), Diabetes (DIA), Hipertensão (HAS), Preventivo de Câncer de Cólon Uterino (CCO) e de Câncer de Mama, Doenças Tropicais, Pré-natal, Multiplicador para formação de ACS e Agente Indígena e Introdutório do Programa de Saúde da Família. O mais grave dessa situação é que não se identificou sequer uma interface desses temas com a saúde mental.

Essa situação nos leva a reflexão de como é complexo pensar e agir em direção a integralidade da atenção em saúde. Além disso, a saúde mental parece estar circunscrita em uma redoma de especialidade, restrita a quem "entende do louco ou da loucura".

Nessa lógica há o desafio da SF em se empenhar em uma prática diferenciada e inserida na rede de cuidados em saúde mental<sup>(17)</sup>. Tais práticas requerem uma complexidade de saberes/fazeres necessários à atenção psicossocial na saúde mental, isto é, a transformação de uma prática de saúde que vá além das técnicas e da gestão, imprimindo uma nova forma de olhar, escutar e cuidar da loucura<sup>(5-6)</sup>. Essa complexidade e necessidade foram evidenciadas na fala dos sujeitos.

*Mas a avaliação dos sinais e sintomas, as necessidades que o indivíduo apresenta o sofrimento psíquico isso não aprendi ... falta capacitação* (E1). *Só na época da faculdade mesmo. Nós tínhamos a carga horária de Saúde Mental, fora isso nunca teve nenhuma capacitação em Saúde Mental* (E2). *É uma situação bem difícil, porque a gente não tem preparo para lidar com saúde mental, isso eu afirmo porque desde a época da minha graduação a coisa já não foi lá essas coisas... e do tempo que estou aqui nunca recebemos capacitação para lidar com saúde mental, nem da prefeitura ou estado, inclusive do CAPS que tem na cidade* (E3).

Essas falas relatam o quanto ainda é distante a capacitação dos profissionais para lidarem com a complexidade da prática em saúde. Os achados deste estudo se aproximam à pesquisa<sup>(9)</sup> que apontou limitações semelhantes ao revelarem que enfermeiras atuantes na SF também receberam treinamentos insignificantes para atuação em saúde mental, além da ausência de equipes multiprofissionais que forneçam suporte específico à ESF.

A falta de capacitação foi relatada como limitadora das ações de saúde mental na AP. Vale ressaltar que esta situação não pode ser traduzida como uma indiferença do profissional de saúde frente ao sofrimento psíquico, uma vez que é mobilizadora de ansiedade no trabalhador que se sensibiliza diante da situação<sup>(17)</sup>. Os profissionais da SF se angustiam diante da sensação de 'desinstrumentalização para cuidar daquele que sofre mentalmente e de sua família, sem dispor de conhecimentos e habilidades, manuais de orientação ou se quer com interesse da gestão<sup>(4)</sup>.

O que foi revelado pelas falas indica que nem o que está prescrito nas diretrizes da Política de Saúde Mental vem sendo observado. Sobretudo, ao identificarem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço que não se aproxima das USF. Nessa relação a SF deve receber capacitação em saúde mental na concepção da reforma/atenção psicossocial, cabendo aos profissionais de saúde mental oferecer esse apoio matricial<sup>(6)</sup>.

No município pesquisado há um CAPS estabelecido em 2002, que segundo os sujeitos, não tem atuação efetiva junto às USF. Para o MS, onde houver CAPS ou outro serviço substitutivo de saúde mental, estes deverão prover apoio às equipes, dando suporte técnico à SF, em uma lógica de corresponsabilização e não de encaminhamentos<sup>(4,6)</sup>.

A distância existente entre a SF e o CAPS nos levou a refletir sobre outra contradição da realidade. Ambos são organizados por princípios que convergem para ações de saúde mental na SF, pois defendem os direitos aos

serviços de saúde, a constituição de rede em saúde articulada ao social, efetivando ações terapêuticas, privilegiando atitudes de cuidado, vínculo, acolhimento e corresponsabilização do sujeito por sua saúde<sup>(7)</sup>. Contudo, não conseguem estabelecer um canal de comunicação entre esses serviços, conforme já apontado em outras pesquisas<sup>(4,7,9)</sup>.

Outra contradição evidenciada é que a saúde mental não é contemplada pelos programas prescritivos do MS para AP, incluindo a SF. Observamos isso no que é pactuado pelas Gestões, como relatórios que alimentam o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) e, o que é instituído pelas equipes de USF na promoção e prevenção de saúde como organização do trabalho<sup>(4)</sup>. Por outro lado, o processo de Reforma Psiquiátrica não se efetiva de forma sustentável, caso não sintonize suas ações com os dispositivos de AP, haja vista a necessidade de formação de rede de atenção.

Esta situação revela uma preocupação na atenção focada nas especialidades como tendência não superada, fragmentação do objeto da atenção, visto que demandam ações pontuais sempre direcionadas aos programas prescritivos do MS. A estratégia de realizar capacitações "em bloco", impostas a revelia dos interesses dos profissionais tendem a funcionar como doutrina e não provocam reflexão da prática. A reflexão crítica diante do cotidiano dos serviços de saúde possibilita o controle social e as mudanças nas relações entre os sujeitos envolvidos neste contexto<sup>(8)</sup>.

A formação de trabalhadores com competências para as subjetividades das relações interpessoais pode encontrar suporte na área de saúde mental que é especialidade que busca sensibilizar o aluno a uma práxis centrada na pessoa, utilizando saberes e práticas destinados ao entendimento do ser humano em sua totalidade e, na reintegração social desse sujeito que sofre psiquicamente<sup>(14)</sup>.

No entanto, entendemos que o profissional está 'des'instrumentalizado para atenção de saúde mental na AP. Contudo esta situação é complexa e apresenta

determinantes diversos, entre eles a formação que não abordou a saúde mental; a inexistência da rede de atenção à saúde mental e desarticulação dos serviços de saúde; programas de capacitação que não atendem as reais necessidades dos profissionais; a não efetivação de política de educação permanente específica; o modelo de atenção à saúde hegemônico ainda é o curativo.

## **A Saúde da Família e a práxis transformadora em Saúde Mental**

Nesta categoria foram discutidas práticas cotidianas na SF em relação às necessidades afetivas e psíquicas dos usuários do serviço, apontando este espaço também, como formador do enfermeiro, baseada na práxis dos serviços de saúde. A práxis aqui foi entendida como ação, atividade livre, universal, criativa e autocriativa.

O cotidiano da prática do enfermeiro é outra dimensão da sua própria formação e, muitas vezes, as transformações ocorrem neste espaço. Sem dúvida a prática exercida pelo profissional tem suas determinações calcadas nos aspectos da formação e das experiências formais e informais, porém é o dia-a-dia na atenção à saúde que mobiliza neste mesmo profissional as inquietações quanto a sua própria formação e vivências<sup>(18)</sup>.

Assim, mesmo diante das limitações da formação do enfermeiro da SF e dos poucos recursos que fundamentam ações de atenção psicossocial, os entrevistados revelaram que o cotidiano da SF os expôs diante de situações que envolviam dimensões do sofrimento humano, exigindo tomadas de decisões. *Cada hora é uma coisa diferente aqui, às vezes o indivíduo não precisa nem de uma medicação, apenas de uma conversa, um diálogo...* (E1). *Um dia me chega uma agente comunitária de saúde "fala essa menina ela é dependente química, e ela tem vários problemas sociais..."* (E2). *Todo dia... aquela mãe chorava... a gestante estava deprimida... o cuidador precisava de apoio* (E3).

As situações que envolvem as falas indicam que é na práxis que se dá a interação subjetiva e objetiva do homem, possibilitando a concomitância da transformação

das ideias sobre a realidade com a própria transformação desta realidade<sup>(10)</sup>. Essas mostram ainda que é no cotidiano da AP que as demandas referentes à saúde mental se mostram, gerando expectativa de eficácia na assistência que nem sempre é atendida. Os motivos desta dissonância são diversos, entre eles o despreparo técnico e a ausência de investimentos de gestores<sup>(5)</sup>.

O preparo profissional é indissociável da prática qualificada, haja vista que o saber da atenção psicossocial na AP requer envolvimento próximo das pessoas, com o sujeito/família, orquestrando ações sofisticadas e muito mais complexas do que aquelas respostas padronizadas (medicações, contenções, isolamento) que ocorrem no âmbito do hospital psiquiátrico<sup>(6)</sup>. Sendo assim a SF possibilita ao profissional enfermeiro e os demais, uma prática que envolva uma práxis transformadora, pois suas ações têm como foco a família e não somente a doença, e com isso as ações podem ir além do prescritivo, fortalecendo o sentido da interdisciplinaridade<sup>(4,6)</sup>.

Por não dispor de formação mais completa e mínima em saúde mental, nem sempre o enfermeiro na SF encontra solução às demandas específicas da saúde mental, pois se encontra sem referência de atenção nessa área. *Nós não temos lugares pra que a gente possa levar pessoas (em sofrimento mental), mesmo na vida particular, para fazer tratamentos...* (E2).

A situação trazida na fala desse enfermeiro retrata a situação conflituosa de se estar diante de uma demanda, mas não ter resolutividade para a mesma. Estudo recente mostra que 56% das pessoas atendidas nas unidades de AP sofrem de Transtorno Mental Comum (TMC)<sup>(19)</sup>, apontando forte evidência da necessidade de trabalharmos a saúde mental dentro da SF. Ao olhar o sofrimento mental nos apoderamos de uma ferramenta para transformar a prática em saúde, uma vez que buscamos a totalidade dos sujeitos. *Na maioria das casas aqui não tem o que comer! Não tem saneamento básico, higiene adequada, emprego para todo mundo... nas escolas a gente orienta a higiene, mas tem criança que de manhã vai para escola e não toma banho. E o primeiro alimento que ela tem é na escola. Esse sofrimento aí é uma coisa ampla... assim para falar disso só com educação, com envolvimento com a comunidade (E1). Se pensarmos saúde não apenas*

*como ausência de doença, olhar para o sofrimento das pessoas nos possibilita entender até a saúde mental... (E3).*

Os trechos citados indicam que a prática cotidiana pode ser local ideal para uma práxis transformadora em saúde, pois o cotidiano da SF coloca o profissional em contato com necessidades reais de saúde da comunidade. Assim, a SF foi o território/espço em que as relações interpessoais entre os sujeitos (profissional/usuários) se deram, possibilitando relações humanizadas e subjetivas em que o enfermeiro pode estabelecer uma relação de cumplicidade e transpor o seu fazer. As falas seguintes reforçam esse achado. *Não tinha medicação para fazer... fiz um compromisso, se ela viesse no próximo dia eu iria à secretaria buscar, mas mesmo assim ela sentou e chorou... ela não conseguiu falar para mim que não conseguiria ficar sem a medicação. O sentimento dela, o sofrimento psíquico dela, ela mostrou através da face, chorando... por trás desse medicamento tinha mais coisa... Quando a gente passa orientação para o usuário a gente está passando para o cuidador e através das visitas... podemos ver que o cuidador aprendeu a cuidar do seu parente, e ver a melhora de todos na família (E1). Têm uma mãezinha aqui que o filho dela nasceu com algum problema neurológico, e foi solicitado um eletroencefalograma... quando falei pra mãe que iria demorar, ela começou a chorar, lembro que ela só falava nas crises convulsivas que o filho apresentava... como conheço a pessoa que organiza a agenda do município pedi encarecidamente para ela antecipar o exame desse menino... você não imagina o vínculo que estabeleci com esta família (E3).*

As necessidades dos usuários apresentadas aos enfermeiros no contexto das relações interpessoais os desafiam a lidar com emoções e sentimentos, exigindo busca de soluções que transpassam a lógica do modelo biomédico. Nesse contexto, as ações de saúde são focadas no indivíduo, garantindo o acesso às práticas resolutivas, que trazem satisfação ao profissional e aos usuários. Esse cenário viabiliza aprendizado valioso, como ilustrados abaixo. *O indivíduo deve avaliar o contexto, para poder discernir a situação. Se ele tiver um diálogo, uma informação, aquele momento com o usuário, a gente faz promoção à saúde... a promoção da saúde e a prevenção é uma luta diária, até no momento de entregar a medicação (E1). A gente vê o indivíduo de classe social baixa... e com tanta exclusão social, o que ele pensa que é bom pra ele, é tão pouco para nós... se roubarem a bicicleta dele é o fim do mundo, é o meio de transporte dele, e bicicleta para a gente é lazer (E1).*

Ao perceber o usuário como um 'ser social' se ampliam as possibilidades de ajuda. Porém, esse contato

muitas vezes revela as mazelas vivenciadas pela população. É essa consciência por parte do profissional, que pode ser benéfica para a construção da visão integral do sujeito<sup>(18)</sup>.

Estudos revelam que as práticas em saúde mental de algumas equipes da SF são realizadas na informalidade, não havendo planejamento para identificação das demandas, sequer organização do trabalho para atendimento específico ou desenvolvimento de estratégias de atenção<sup>(4-5,9)</sup>. Por muitas vezes as necessidades de saúde mental são visíveis para os profissionais de saúde da família, no entanto, não representam o foco de suas práticas de saúde<sup>(4)</sup> a não ser em situações pontuais direcionadas à medicação.

Outra forma de compreender o posicionamento da equipe está no âmbito individual, uma vez que os profissionais lidam e buscam soluções cotidianamente para problemas complexos, no âmbito social, psíquico, psicológicos, dentre outros também citados nesta discussão. São fatores angustiantes, que podem mobilizar mecanismos de defesa no trabalho. Assim é observado distanciamento do contato entre profissional e usuário, por meio de ações desumanas, medicalizantes ou puramente técnicas<sup>(5)</sup>. *Se eu atendo sofrimento... faço isso a quase todo momento, o que não posso afirmar é se consigo resolver... isso é um trabalho difícil... Mas daí responder como eu faço isso, do meu jeito sabe, com o conhecimento que já tenho da rede de saúde... na graduação só discutimos patologias o tempo todo... achei fraco foi alguns instrutores que não tinham experiência alguma em saúde da família e queriam ensinar a gente... pra gente que está na prática, a coisa é bem diferente do que está nos manuais* (E3).

No cotidiano do trabalho os profissionais da SF se deparam com situações envolvendo o sofrimento mental e, em sua maioria, sentem-se despreparados para lidar com esta realidade. Essa situação gera angústia diante de uma condição humana afetivamente exigente, sensação do descumprimento ético, do não cuidar pelo não saber o que fazer, além da impotência e frustração diante dos limites impostos pelo despreparo<sup>(20)</sup>. *Tem o papel de ajudar o próximo, e hoje não é qualquer um que está preparado para ajudar... Estou aqui há dois anos e nunca tivemos capacitação com o CAPS, ou sentamos com eles para discutirmos estratégias de promoção de saúde*

*(E1). Ainda tenho muita dúvida, tenho muito problema de lidar com esse tipo de sofrimento... ainda sou muito leiga* (E2).

Muitas vezes os profissionais da SF, diante dos desconfortos do 'não saber' lidar com as situações de sofrimento mental, também manifestam o desejo pela qualificação deste saber. É importante ressaltar a observação de que não há um modelo uniforme a seguir<sup>(20)</sup>, mas a qualificação profissional e a educação permanente são caminhos já experimentados e comprovadamente eficazes.

Contudo, algumas recomendações auxiliam na construção de boas práticas de saúde mental na AP, como o apoio matricial às SF no sentido de desenvolverem ações de acolhimento, avaliação de risco, análise da demanda, intervenções breves na crise, uso racional do medicamento, a responsabilização do sujeito, práticas grupais, além do uso do projeto terapêutico singular como dispositivo de intervenção<sup>(5)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo inicial deste trabalho de analisar os saberes que foram desenvolvidos na formação do enfermeiro da SF para atender saúde mental na AP, em relação ao modo psicossocial verificamos que os processos de formação ditos formais não constituíram saberes suficientemente consistentes para transformarem a prática em saúde. Portanto, pouco corroborou com a efetivação de uma rede de atenção em saúde mental, no que diz respeito à consolidação da AP.

De modo geral observamos fragilidade na construção do ensino em saúde mental na academia, caracterizada pela falta de oferta da disciplina ou, quando existente, esta foi focada na atenção psiquiátrica ocorrida no hospício. No que diz respeito às ações de educação do profissional, constatamos o maior enfoque na capacitação e aprimoramento dos saberes pré-definidos pelos programas do MS, nas áreas de saúde da mulher, TB, imunização, Hipertensão, entre outros. A saúde mental foi negligenciada, não viabilizando a construção de saberes pertinentes a atenção psicossocial.

Os enfermeiros pesquisados relataram dificuldades de assistirem a pessoa que sofre mentalmente e sua família, sempre associadas à falta de formação apropriada, tanto no âmbito da graduação, quanto na educação permanente. Sendo que esta última não foi sequer mencionada no estudo.

Além das questões de formação há uma séria de outros fatores que se corroboram na 'des' instrumentalização para a atenção psicossocial na AP, como orientação das ações de saúde pelo modelo biomédico. Além da ausência de rede entre os serviços de níveis de atenção à saúde que deveriam se complementar e se referenciar. Contexto que não colabora para efetividade das práticas e gera ansiedade e angústia de estar diante da 'des' instrumentalização para a construção de uma prática psicossocial.

Essa circunstância é agravada pelo não estabelecimento de uma relação direta com o nível de atenção especializado, isto é o CAPS, que nesta pesquisa não representou o seu papel de equipe matricial para a AP. Assim sendo, o revelado foi uma condição de solidão da SF diante da complexidade do sofrimento mental.

No entanto os resultados desta pesquisa e de outros estudos mostraram que as demandas de atendimento à saúde mental na SF é uma realidade e, mesmo não encontrando acolhimento e escuta necessária por motivos diversos, representa um estímulo para construção de uma práxis transformadora. A SF configura um espaço ideal para o exercício da integralidade, pois neste contexto são reveladas as reais necessidades de saúde da comunidade. Sendo assim, é um território promissor para efetivação da rede de atenção psicossocial ao sujeito, família e comunidade, uma vez que os enfermeiros no cotidiano de sua prática desenvolveram na SF a ampliação do conceito de saúde e o 'saber contextualizar' a condição do ser humano.

Por fim, este estudo tem como limitação o fator de ter um campo restrito de pesquisa, revelando uma realidade local. Portanto, há necessidade de outras pesquisas, em outras regiões do país, para que possamos

apreender como os enfermeiros da SF vêm construindo seus saberes para atender a saúde mental na AP. Destarte nos aproximaremos da realidade da atenção à saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica na diversidade do território brasileiro.

## REFERÊNCIAS

1. Lucchese R, Vera I, Rocha W. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2010 [citado 2010 out 29]; 12(3):[cerca de 8 p]. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a21.htm>
2. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, FranceschinI SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1):113-8.
3. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4):666-70.
4. Lucchese R, Oliveira AGB, 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.
5. Campos RO, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo (SP): Hucitec; 2009. p. 221-46.
6. Amarante P. Saúde mental e a atenção psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.
7. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do programa de saúde da família. Rev Eletr Enf [periódico na Internet] 2008 [citado 2009 jan 29]; 10(3): [cerca de 11 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>
8. Ceccim RB, Feuerwerke LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1400-10.

9. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMB. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):376-82.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Soares NA, Silveira BV, Reinaldo MAS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev Rene*. 2010; 11(3):47-56.
12. Almeida LPV, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):31-5.
13. Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006; 10(4):684-93.
14. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):17-24.
15. Munari DB, Oliveira NF, Saeki T, Souza MCBM. Analysis of scientific production of mental health researcher and psychiatric nursing specialist meetings. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 16(3):471-6.
16. Neves MAB, Spinelli MA. Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trab Educ Saúde*. 2008; 6(2):341-66.
17. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):173-82.
18. Della Vecchia M, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):183-93.
19. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1):32-7.
20. Nunes MO, Jucá VJS, 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.

Recebido: 13/06/2011

Aceito: 16/01/2012