



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELZALINA SANTOS DE SOUSA

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

TERESINA
2019

ELZALINA SANTOS DE SOUSA

**VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos
serviços de saúde e formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucíola Galvão Gondim
Corrêa Feitosa

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

S725v Sousa, Elzalina Santos de.

Vivências dos enfermeiros da estratégia saúde da família no atendimento às urgências em saúde mental / Elzalina Santos de Sousa. - Teresina: Uninovafapi, 2019.

Orientador (a): Prof. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2019.

87. p.; il. 23cm.

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2019.

1. Saúde mental. 2. Urgência em saúde mental. 3. Sofrimento psíquico. 4. ESF I. Título. II. Feitosa, Lucíola Galvão Gondim Corrêa.

CDD 616.898

Catálogo na publicação
Antonio Luis Fonseca Silva – CRB/1035
Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/102

ELZALINA SANTOS DE SOUSA

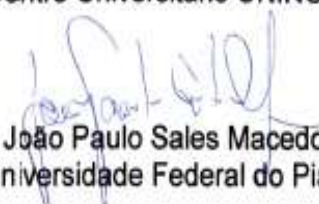
**VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL**

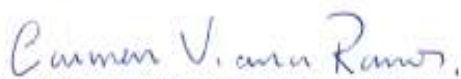
Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa
de Mestrado Profissional em Saúde da
Família, do Centro Universitário
UNINOVAFAPI, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

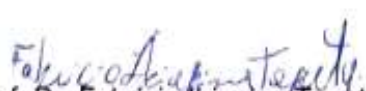
APROVADO EM: 20/11/ 2019

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa - Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo - 1º Examinador
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof. Dra. Carmen Viana Ramos - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha mãe Eulina por ser fonte inspiradora e personificação do amor em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e os espíritos de Luz que sempre guiam meus caminhos. A minha mãe pelo apoio e escuta nos momentos de tormentas nos quais a inconstância dos ventos vem se atravessar para minha constituição enquanto ser humano. Meu sobrinho e irmã que são fontes de sentidos e significados.

A UNINOVAFAPI em nome do seu reitor Carlos Alberto Ramos Pinto, a coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família Dra Eliana Campêlo Lago, professores do programa, secretarias do programa em especial Samylle Belfort Leôncio Coqueiro, colegas de turma, amigos e familiares.

A minha orientadora Dra Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa pelos ensinamentos e dedicação em acolher e aceitar a proposta desse trabalho.

A banca examinadora que aceitou o convite e contribuiu para aperfeiçoamento do trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araiões - MA, na pessoa da secretária Sandra da Silva Fontenele.

Aos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Araiões os quais possibilitaram a concretização da pesquisa e que se dedicam ao cuidado do outro em suas singularidades.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a concretização de um sonho.

EPÍGRAFE

Assim como o negociante cauteloso evita imobilizar todo o seu capital numa só coisa, também a sabedoria aconselhará talvez a não esperar toda satisfação de uma única tendência. O êxito jamais é seguro, depende da conjunção de muitos fatores, e de nenhum mais, talvez, que da capacidade da constituição psíquica para adaptar sua função ao meio e aproveitá-lo para conquistar prazer.

(FREUD)

RESUMO

Introdução: Na contemporaneidade o sofrimento psíquico representa uma das demandas que crescentemente mais levam os indivíduos a buscarem os serviços da Estratégia Saúde da Família - ESF. Esse sofrimento quando intenso pode se configurar como uma crise em saúde mental a qual os enfermeiros da ESF são convidados a intervir nesses casos por trabalharem na porta de entrada dos serviços de saúde e por estarem muitas vezes no dispositivo de saúde mais próximo da casa do paciente. **Objetivos:** Descrever as ações desempenhadas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família diante das urgências em saúde mental; conhecer as principais limitações relatadas pelos enfermeiros da ESF diante das urgências em saúde mental; e elaborar uma cartilha voltada ao profissional enfermeiro da ESF destinado aos casos de urgência em saúde mental. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa realizada na cidade de Araioses, localizada no interior do Estado do MA. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestrutura elaborada para este fim e aplicada com 14 enfermeiros da ESF nos meses de Dezembro de 2018, Janeiro e Fevereiro de 2019. As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) **Resultados:** Através das falas se identificou que seis enfermeiros não se consideram aptos para dar assistência a um caso de crise em saúde mental. As limitações se referiram à ausência de educação permanente que aborde a temática de saúde mental; a inexistência de serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial no qual o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS apareceu nas falas de alguns entrevistados; e questões institucionais como os fluxos de encaminhamento entre as Redes de Atenção à Saúde - RAS. A principal demanda que leva o paciente e/ou seus familiares a buscar os serviços da ESF se refere à solicitação de uma prescrição psicotrópica. Outras demandas citadas foram casos de psicose e comportamento agressivo. Essa pesquisa teve como produto a elaboração de uma cartilha para os profissionais sobre urgência em saúde mental na ESF. **Conclusão:** A principal ação do enfermeiro da ESF frente os casos de crise em saúde mental é referenciar o paciente para o serviço hospitalar do município para que o mesmo seja transportado a uma cidade vizinha para obter internação no setor psiquiátrico de um hospital geral.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Enfermeiro. Urgência. Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: In contemporary times, psychic suffering represents one of the demands which increasingly lead individuals to seek the services of the Family Health Strategy - FHS. This suffering, when intense, can be characterized as a mental health crisis in which FHS nurses are invited to intervene, since they work at the front door of health services and are often in the health center closest to the patient. **Objectives:** To describe the actions performed by nurses of the Family Health Strategy in the face of mental health urgency; to know the main limitations reported by these nurses in the face of mental health emergencies and to elaborate a booklet directed to the professional nurse of the FHS who is in charge of dealing with the chaos of urgency in mental health. **Methods:** This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach carried out in the municipality of Araisos, located in countryside of Maranhão State. The instrument used was a semi-structured interview designed for this purpose and conducted with 14 FHS nurses in December 2018, January and February 2019. The interviews were analyzed based on the content analysis proposed by Bardin (2016). **Results:** Through the statements it was possible to identify that six nurses do not consider themselves able to provide assistance in a case of mental health crisis. The limitations referred to the absence of permanent education addressing the theme of mental health; the lack of specialized services of the Psychosocial Care Network regarding the Psychosocial Care Center - PCC, which was mentioned in the answers of some interviewees; and institutional issues such as referral flows between the Health Care Network - HCN. The main demand that leads the patient and /or their family members to seek the services of the FHS refers to the request for psychotropic prescription. Other demands presented were cases of psychosis and aggressive behavior. This research had as its product the elaboration of a booklet for the professionals about mental health urgency in the FHS. **Conclusion:** The main action of the FHS nurse in cases of mental health crisis is to refer the patient to the municipal hospital service in order to be transported to a neighboring city and admitted to the psychiatric sector of a general hospital.

Keywords: Family Health Strategy. Nurse. Urgency. Health. Mental

RESUMEN

Introducción: En la contemporaneidad el sufrimiento psíquico representa una de las demandas que cada vez más, llevan los individuos a buscaren los servicios de la Estrategias Salud de la Familia - ESF. Ese sufrimiento cuando intenso, se configura como una crisis en salud mental la cual los enfermeros de la ESF son invitados a intervenir en esos casos, por trabajaren en la puerta de entrada de los servicios de salud y por estuvieren muchas veces en el dispositivo de salud más cerca de la casa del paciente. **Objetivos:** Describir las acciones desempeñadas por el enfermero de la Estrategia Salud de la Familia delante de las urgencias en salud mental; conocer las principales limitaciones relatadas por los enfermeros de la ESF delante de las urgencias en salud mental; y elaborar una cartilla convertida al profesional enfermero de la ESF, destinado a los casos de urgencia en salud mental. **Métodos:** Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva con abordaje cualitativa realizada en la ciudad de Araisos, ubicada en el interior del Estado del MA. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada, elaborada para ese fin y aplicada con 14 (catorce) enfermeros de la ESF en los meses de Diciembre de 2018, Enero y Febrero de 2019. Las entrevistas fueron analizadas a partir del analice de contenido propuesto por Bardin (2016). **Resultados:** A través de las hablas, se identificó que seis enfermeros no se consideran aptos para da asistencia a un caso de crisis en salud mental. Las limitaciones se referirán a la ausencia de educación permanente que aborde la temática de salud mental; la inexistencia de servicios especializados de la Red de Atención Psicosocial en la cual el centro de Atención Psicosocial - CAPS apareció en las hablas de algunos entrevistados; y cuestiones institucionales como los flujos de referencia entre las Redes de Atención a la Salud - RAS. La principal demanda, que lleva el paciente y/o sus familiares a buscaren los servicios de la ESF se refiere a la solicitud de una prescripción psicotrópica. Otras demandas citadas fueron casos de psicosis y comportamiento agresivo. Esta investigación tuvo como produto la elaboración de um folleto para los profesionales sobre la urgência de la salud mental em la ESF. **Conclusión:** La principal acción del enfermero de la ESF frente los casos de crisis en salud mental es referir el paciente para el servicio hospital del municipio para que el mismo sea transportado a una ciudad vecina para obtener hospitalización en el sector psiquiátrico de un hospital general.

Palabras llaves: Estrategia Salud de la Familia. Enfermero. Urgencia. Salud Metal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Contextualização do problema.....	10
1.2 Objeto do estudo.....	12
1.3 Questão norteadora.....	12
1.4 Objetivos.....	12
1.5 Justificativa e relevância.....	13
2. REFERENCIAL TEMÁTICO.....	16
2.1 A Política Nacional de Atenção Básica.....	16
2.2 Saúde Mental no Brasil.....	21
2.3.1 Saúde Mental no Brasil na Contemporaneidade.....	27
2.4 Urgência em saúde mental.....	30
3. MÉTODOS.....	37
3.1 Natureza do Estudo.....	37
3.2 Cenário do Estudo.....	37
3.3 Instrumentos de Coleta de Dados.....	39
3.4 Processamento e Análise de Dados	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 Manuscrito - O Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente às urgências em saúde mental.....	42
4.2 Produto - Cartilha sobre as vivências do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente às urgências em saúde mental.....	61
5. CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	79

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O sofrimento psíquico representa, na contemporaneidade, uma das demandas que, crescentemente, mais levam os indivíduos a buscarem os serviços da Atenção Primária (AP) na figura da Estratégia Saúde da Família (ESF). E, como expresso pelo Ministério da Saúde: “o acompanhamento de pessoas com transtorno mental comum pelas equipes da ESF no território confunde-se com a própria rotina do atendimento nas unidades de atenção primária, dada a grande frequência desses casos nesse nível da assistência” (BRASIL, 2011).

No trabalho na ESF diferentes e diversas demandas surgem, demandas referentes à vacinação, realização de curativos simples perpassando até o encaminhamento para serviços especializados quando a queixa ultrapassa as especificidades da AP. Entre as demandas vem se destacando a do sofrimento psíquico como um das queixas que levam um paciente a buscar os serviços da ESF. Em algum momento demandas de origem psicológica irão chegar à porta da ESF, seja como demanda principal ou como causa secundária de outras patologias.

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), formando 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, como 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 (BRASIL, 2013).

As pessoas com transtornos mentais graves e persistentes irão necessitar de cuidados continuados, e as equipes da ESF tem um papel importante pela proximidade ao território, na manutenção dos cuidados e a possibilidade de facilitar a inclusão social (BRASIL, 2011). Nesse cenário os profissionais da ESF são convidados a acolher e cuidar de modo continuado dos casos de sofrimento psíquico que venham a emergir em sua área de abrangência. Esse cuidado institucional ocorre em conjunto com os outros serviços de saúde.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, com o

objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais.

O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários como forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa, especialmente, por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança de atenção e de gestão de cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como, também, no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei n 10. 216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2013).

Quando não acompanhado, de modo integral e continuado, os pacientes de saúde mental podem apresentar um quadro clínico de piora. Uma das complicações que advêm dessa piora se refere à crise em saúde mental, a qual Minozzo e Costa (2006) afirmam que: “a crise, numa perspectiva psicológica, pode ser entendida como sendo uma manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio preexistente”. Moliner e Lopes (2013) colocam que: “no Brasil a saúde mental historicamente foi se configurando através da especificação de pessoas acometidas por doenças/transtornos mentais, sendo essas simplesmente internadas em hospitais psiquiátricos e excluídas da sociedade”.

No cenário de crise em saúde mental os profissionais da ESF são convidados a lidarem com tais demandas, o que por vezes causa estranhamento e dúvidas quanto ao que ações devem ser operacionalizadas junto ao paciente e sua família. Isso desperta o interesse em (re)pensar através das falas destes profissionais que as práticas vem sendo realizadas quando surgem demandas intensas de sofrimento psíquico, que se configuram em crises.

Em meio ao contexto de crise em saúde mental surge o questionamento: será que um indivíduo que apresenta sinais e sintomas de adoecimento mental estivesse sendo acompanhado pela ESF em parceria com os serviços especializados seria possível pensar na redução da incidência e prevalência da crise em saúde mental? Imagina-se, que pela proximidade e vínculo, sejam os profissionais da ESF, que tenham as primeiras impressões de que um sujeito da área possa estar sinalizando uma piora ou surgimento de sofrimento psíquico. Entende-se que os serviços especializados são utilizados quando houver a necessidade, mas que é ESF que tem papel de acompanhar o usuário quando este retorne ao seu convívio familiar, o que é esperado quando ocorre uma estabilidade no quadro clínico.

Ressalta-se a relevância da presente pesquisa, uma vez que pensa a realidade dos enfermeiros inseridos na ESF, refletindo suas vivências nos casos de crise em saúde mental. Acredita-se que pesquisas voltadas a discutir as intervenções em saúde mental podem servir de norteadoras para o desenvolvimento de futuras práticas e ações, que visem melhorar constantemente o cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico. Refletindo que o profissional enfermeiro deve ter manejo e competências para acolher, acompanhar, avaliar e referenciar todas as demandas que surjam na ESF incluindo as de origem psíquica. (BRASIL, 2013).

1.2 Objeto de estudo

Vivências do enfermeiro da ESF frente aos casos de urgência em saúde mental.

1.3 Questão norteadora

Como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família vivenciam os casos de urgência em saúde mental?

1.4 Objetivos

✓ Refletir as vivências das ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente às urgências em saúde mental.

- ✓ Conhecer as principais limitações relatadas pelos enfermeiros da ESF diante das urgências em saúde mental.
- ✓ Elaborar uma cartilha voltada ao profissional enfermeiro da ESF destinado aos casos de urgência em saúde mental.

1.5 Justificativa e relevância

Constantemente os meios midiáticos noticiam o aumento do número de indivíduos que apresentam sinais e/ou sintomas de sofrimento psíquico. Isso reflete o aumento da demanda de casos de saúde mental na ESF, pacientes que nem sempre apresentam diagnóstico psiquiátrico estabelecido. Esses sujeitos comumente buscam, diretamente, os serviços de saúde especializados, sem que muitas vezes até mesmo a ESF tenha conhecido da existência de tal caso em sua área de abrangência.

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessitam de cuidados em SM, devido a transtornos mentais graves persistentes. Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar de um terço a 50% da demanda da AB. Somando-se esta demanda aos problemas decorrentes de álcool e drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população, podendo ter uma ideia da amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em SM (GRYSCHKE; PINTO, 2015).

A ESF, também, é responsável por acompanhar demandas em saúde mental. Na contemporaneidade é comum entre os pacientes, acompanhados pela ESF, existirem casos de demandas em saúde mental. Esses casos dependendo da gravidade e comprometimentos devem ser acompanhados e assistidos pelos serviços especializados de saúde mental em parceria com a ESF, principalmente, pelo fato de que se espera que sejam os profissionais da AP aqueles que primeiro identifiquem possíveis sinais e sintomas da eminência de uma crise, comumente, chamada de surto. A ESF representa o serviço de saúde mais próximo da vida do sujeito, sendo o responsável pelo cuidado integral e continuado; é a instituição que conhece condições de saúde das famílias de seu território.

Sem um acolhimento, escuta e triagem pode ocorrer o inchaço dos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial com demandas que não

necessitariam de tais cuidados em saúde. Mesmo os que apresentem transtorno mental severo e persistente devem ser avaliados caso a caso, já que existem necessidades idiossincráticas. Quando esses pacientes buscam a ESF com a queixa de saúde mental é comum que ele seja somente referenciado sem que sua queixa seja acolhida, sem que seja realizada uma escuta qualificada. Isso instiga pensar como a ESF acolhe quando ocorre desse sofrimento ter uma agudização evoluindo para uma crise em saúde mental?

O interesse pelo tema surgiu a partir das vivências da atuação enquanto psicóloga de uma equipe da Atenção Primária à Saúde, que atua no atendimento clínico, matriciamento e apoio a gestão. O cenário da cidade escolhida se deu devido ao vínculo de trabalho da pesquisadora. Ao longo do fazer profissional se observou altos índices de incidência e prevalência dos casos de saúde mental acompanhados pelos profissionais da ESF, inclusive foram observadas situações de crise psicótica, na qual o enfermeiro é convocado a atuar junto ao paciente, inicialmente, viabilizando e aplicando a medicação para contenção química junto ao hospital municipal.

A Atenção Primária se operacionaliza no trabalho da equipe multidisciplinar. Equipe é a palavra chave para a concretização dos objetivos do SUS. Os processos de trabalho em equipe é que tornam possível o cuidado continuado, disponibilizado pela ESF. Salienta-se a relevância da equipe multiprofissional na ESF, entretanto por questões de viabilidade e operacionalização da pesquisa se optou por entrevistar uma única categoria profissional dessa equipe. O recorte pelo profissional enfermeiro se deu pela ênfase do presente Mestrado Profissional, que junto às regulamentações do MEC se enquadra na área de conhecimentos da Enfermagem.

Conhecer por meio das falas dos próprios profissionais que desempenham cuidados em saúde mental amplia as discussões acerca do manejo em casos de crise, permitindo identificar elementos subjetivos e teóricos, que embasam as intervenções, que vem sendo realizadas com o paciente, sua família e a comunidade na qual está inserido. Nesse contexto, o enfermeiro constitui um dos profissionais da linha de frente do cuidar, é ele quem acolhe, assiste e avalia um paciente, que apresenta sinais e sintomas de crise ou de possibilidade de crise futura.

Configurou-se um desafio teórico e prático pensar uma cartilha voltada aos profissionais da Enfermagem, pelo fato do olhar da pesquisadora partir de uma

formação em Psicologia, entretanto esse desafio permitiu ampliar o leque de discussões entre outras áreas de conhecimento, tendo como foco a interface entre Psicologia e Enfermagem. O fazer profissional na saúde mental como foco nos profissionais, que em primeiro atender os casos de crise em saúde mental na ESF. Essa troca de conhecimentos teve início entre a orientadora, que possui formação em Enfermagem e a orientanda com formação em Psicologia, ambas com trajetórias de atuação voltadas a saúde mental, dialogando, assim, partindo de práticas e bases teóricas diferentes (BRASIL, 2013).

Anseia-se que o presente trabalho sirva de instrumento instigador de novas pesquisas na área e que, também, se configure como norteador para a operacionalização de novas e eficazes práticas no campo da saúde mental na Atenção Primária. Acredita-se que entre as contribuições dessa pesquisa merece destaque a construção de um material bibliográfico, que reunirá discussões sobre o conteúdo, discussões que não se pretende esgotar, mas sim ser instigador de constantes problematizações sobre o cuidar da crise em saúde mental na ESF.

2. REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 A Política Nacional de Atenção Básica

A saúde no Brasil foi um direito reivindicado através de conquistas sociais, nas quais se reconheceu que, indiscriminadamente, todo indivíduo deve ter garantido pelo Estado sua saúde, partindo da: “compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais, grande parte, podem ser abordados na Atenção Básica” (BRASIL, 2017). Nessa conjuntura, política e social, surgiu a Atenção Básica à Saúde (ABS), hoje denominada Atenção Primária à Saúde (APS), que vem assistir o sujeito na integralidade dos determinantes e condicionantes da saúde a partir de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1998, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o SUS, busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (MELO et al., 2018). A partir de então a saúde passa a ser um direito constitucional garantido pelo Estado. Nesse contexto, surgem os conselhos de saúde, entre outros, com o objetivo de que a população, também, pudesse fiscalizar diretamente os gastos públicos com a saúde e participar do planejamento das políticas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988, tornou o acesso gratuito à saúde de todo cidadão. A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por estados e municípios (ALMEIDA et al, 2015). A partir disso os estados e municípios, também, se tornaram responsáveis pelas questões de saúde, devendo atentar para oferta de serviços de saúde, que atendam as especificidades da sua população, podendo realizar consórcios com outras cidades e convênios com instituições particulares quando as necessidades de saúde extrapolarem a rede de serviços públicos do município.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012). Esses movimentos sociais fomentaram as inquietações e discussões, que culminaram nas atuais Políticas Públicas de Saúde no Brasil, que só se tornaram uma realidade por meio de conquistas sociais, nas quais a população se fez ouvida e atendida em muitas das suas reivindicações.

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os tributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substituto e de reorganização da AB (MELO et al, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da mesma deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e dos SUS configurando um processo progressivo e singular, que considere e inclui as especificidades locais (BRASIL, 2013). A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017). A Atenção Básica é o alicerce do cuidado e atendido da saúde pública no Brasil.

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). Pela Atenção Primária perpassam demandas que vão desde um simples procedimento de aferição de pressão arterial sistólica até o encaminhamento para regulação de transplante de órgão, abrangendo as complexidades de atenção à saúde como um todo, voltada às necessidades da população.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esse público e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (ALMEIDA et al, 2015). A Atenção Primária desenvolve suas ações e práticas com base no que as famílias da sua área de abrangência apresentam como necessidades em saúde. Isso permite que o planejamento e a execução das atividades da ESF reflitam aquilo que necessita ser trabalhado com aquela população.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). A ESF representa o alicerce estrutural da saúde no Brasil, sendo a porta de entrada e ordenadora dos serviços para todos que necessitam de serviços e atendimentos em saúde, se configurando como o primeiro ambiente de acolhimento e cuidado da saúde pública no país. É a responsável por referenciar acionando os demais pontos das redes de atenção à saúde quando emergirem demandas de maior complexidade.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integridade do cuidado (ALMEIDA et al, 2015). Desse modo a RAS é um conjunto de serviços, dispositivos, instituições de saúde que se articulam em rede, apoiando-se com objetivo de potencializar o cuidado integral em saúde com base na resolutividade. Nessas redes de atenção à saúde existem vias duplas de comunicação, as referências e as contra referências.

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde possa partir das necessidades das pessoas, [...] (BRASIL, 2017). É dever de a ESF conhecer as famílias de sua área adscrita, conhecer seu território de atuação. A noção de território nesse contexto deve ser ampliada, expandindo o entendimento que comumente se tem de território.

O conceito de território na saúde deve transcender a delimitação de espaço físico. Os profissionais da saúde devem considerar território como espaços de pertencimento, produção de sentidos. “Para cada proposta das práticas da Atenção Psicossocial haverá um território com sua singularidade e uma multidão de territórios existenciais” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Para todas as redes de atenção à saúde existem territórios que podem extrapolar os limites geográficos, que são aqueles espaços nos quais o sujeito constitui sentimentos de pertencimento e afeto, sendo nesses territórios que a ESF deve se fazer presente, transcendendo os muros físicos da UBS.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atua na Atenção Primária à Saúde, tem investido na promoção da saúde e prevenção da doença, e avançado na melhoria da qualidade de vida, incluindo as pessoas com transtornos mentais (BOLSONI, et al., 2015). Ações e práticas de promoção e prevenção à saúde mental, também, devem ser operacionalizadas pelos profissionais da ESF voltadas a evitar o adoecimento psíquico ou minimizar o comprometimento daqueles que já manifestam tais adoecimentos, contatando os serviços da RAS quando necessário. Salienta-se que a ESF, também, compõe a RAS.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, [...] (BRASIL, 2017). E, cabe a ESF ordenar a RAS, reafirmando, assim, seu relevante papel no acolhimento e na realização da triagem das queixas que adentram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para que cada uma seja atendida mediante a complexidade da demanda apresentada. Deve-se respeitar a hierarquia de complexidade das redes de saúde. A partir disso, existem três níveis de atenções de saúde: Primária, Secundária e Terciária. Cada nível de atenção é responsável por uma demanda de saúde de acordo com a complexidade e situação de saúde do paciente.

A ESF tem papel fundamental na atenção da saúde mental da população. É uma proposta de mudança do modelo tradicional, orientado pela biomedicina para um modelo centrado no indivíduo na sua integralidade, suas relações familiares e socioculturais. A concepção de saúde adotada pela ESF é mais ampla, assim, como o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença (ESLABÃO et al., 2017). A ESF é responsável pelo cuidado continuado dos casos de sofrimento

psíquico, referenciando aos serviços especializados da RAS, as demandas que extrapolem as especificidades da Atenção Primária. Para que isso ocorra os profissionais da saúde precisam reconhecer quais queixas em saúde mental apresentam necessidades de cuidados especializados. Nem todo sofrimento psíquico demanda atendimento dos serviços especializados.

Salienta-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não se destinam, indiscriminadamente, em acompanhar todas as demandas de saúde mental, depende da modalidade, e, de modo geral o CAPS, de forma prioritária: “atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, [...]” (BRASIL, 2015). Os CAPS destinam-se, assim, diretamente aos transtornos severos e persistentes, aqueles que apresentam uma maior necessidade da complexidade de serviços e equipes multiprofissionais de saúde.

Em parceria o CAPS e a ESF são os principais serviços de saúde corresponsáveis pelos cuidados dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como o sujeito, sua família e comunidade. Os serviços de saúde constituem um local a mais para instigar a potencialização do cuidado que, também, deve partir do desejo do sujeito em (re)pensar sua condição de saúde, entretanto os serviços de saúde não pode ser o único espaço de cuidados, não podem ser reduzidos a espaços físicos. O cuidar em saúde pode ocorrer em diversos territórios. Como exposto por “a produção de saúde não se reduz, se limita ou se esgota na implantação como um serviço. É um trabalho que se faz e refaz como efeito de um coletivo” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Atenção Psicossocial e, em certa medida a Atenção Básica, são estratégias, artimanhas tramadas nas bordas e desvios, urdidas na tessitura de uma rede de serviços, de ações de cuidado, de pessoas, provocando encontros, acontecimentos e apostando na saúde como produção da vida (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Para tal, as redes de saúde, como um todo, devem alinhar seus pontos de convergência e divergência para potencializar o cuidar, essas redes devem possuir um estreito canal de comunicação, no qual as referências e contra referências ocorram de maneira fluída a partir de afazeres profissionais, que atuam de modo interdisciplinar (BRASIL, 2013).

2.2 Saúde Mental no Brasil

Para se entender o atual cenário da saúde mental no país é necessário considerar as influências internacionais e nacionais, bem como a relevância que os movimentos sociais tiveram para que ocorresse no Brasil a Reforma Psiquiátrica (RP). A história da saúde mental brasileira tem raízes diretas com o contexto sócio político histórico que vem ocorrendo constantemente.

No Brasil a saúde mental, historicamente, foi se configurando através da especificação de pessoas acometidas por doenças/transtornos mentais, sendo essas, simplesmente, internadas em hospitais psiquiátricos e excluídas da sociedade (MOLINER; LOPES, 2013). Os hospitais psiquiátricos, conhecidos historicamente como manicômios, se transformaram em depósitos, para aqueles que se acreditava que não deveriam conviver em sociedade. O indivíduo em sofrimento mental era condenado ao viver afastado de familiares e amigos se tornando um exilado devido a sua condição de adoecimento. Nessa época ser portador de algum transtorno mental era considerado o passaporte para a entrada em um hospital psiquiátrico, o qual por vezes não existia a possibilidade de uma saída já que essa instituição se tornou um local de exclusão social no qual todos os considerados indesejados socialmente eram enclausurados.

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência (AMARANTE; NUNES, 2018). A partir dessas denúncias dos profissionais juntamente com as dos familiares dos pacientes se começou a olhar a saúde mental com outros olhos que pensavam cuidados dignos e assistência a saúde de qualidade.

As condições estruturais no hospital psiquiátrico eram péssimas, pacientes sem higiene, vestimenta, alimentação, etc. Nesse cenário houve denúncias contra os maus tratos que aconteciam nesses espaços, sendo o estopim no Brasil para o surgimento dos movimentos sociais. Os pacientes não recebiam um tratamento, o manicômio era apenas um depósito destinado àqueles considerados loucos. Tudo isso uniu profissionais, familiares e pacientes psiquiátricos na luta a favor do portador de transtorno mental. Os trabalhadores da área, que integravam o movimento sanitário, criaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No Brasil, as lutas pela mudança no modo de cuidar e olhar para a pessoa em sofrimento psíquico ocorreu a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 1970, na essência do processo mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais contra a ditadura militar. Essa reforma trata-se de uma radical do modelo manicomial, a partir da construção de um novo paradigma científico, político e ético de cuidado (ESLABÃO et al., 2017). Com o advento dessa reforma teve início uma ruptura de entendimentos e práticas voltados ao olhar para a pessoa em sofrimento psíquico, entretanto alguns teóricos refletem essa noção de “reforma”.

O conceito de reforma é bastante problemático e tematizado por parte da literatura crítica em Saúde Mental. Pode-se considerar que muitas experiências de reforma psiquiátrica foram uma espécie de “renovação”, no sentido de que não produziram reformas no sentido pleno. Produziram reacomodações, mantendo muitos dos fundamentos tradicionais da Psiquiatria, [...] (AMARANTE; TORRE, 2017). Para além da criação de serviços ou dispositivos substitutivos aos manicômios, deve-se atentar para que esses não se tornem novos manicômios apenas com roupagens diferentes, como problematizam diversos teóricos, como Amarante. Os manicômios não se detêm a muros físicos, podem estar presentes em significações, práticas, olhares, etc. “É preciso sustentar a construção de territórios existências, mesmo que efêmeros e nômades que possam se abrir, estabelecendo relações com outras vidas e com outros mundos. [...]” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

A reforma psiquiátrica brasileira originou-se no final da década de 1970, mas ganhou fôlego após a aprovação, em 2001, da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216). A “Lei da Reforma Psiquiátrica”, em que pesem as muitas remendas que ocorreram no processo de tramitação no Congresso Nacional, foi recebida pelo movimento social em defesa da reforma psiquiátrica como grande conquista e um avanço legal importante no sentido de construir uma nova forma de cuidar das pessoas com transtorno mental (HEIDRICH; BERNDT; DIAS, 2015). Essa lei ficou conhecida como Lei Paulo Delgado, nome do deputado que a propôs em 1989. Sua aprovação ocorreu em 2001, após tramitar no Congresso Nacional por 12 anos.

Um aspecto fundamental de uma visão ampliada da RP é a de não reduzi-la a simples reforma de serviços e organização de rede de cuidados médicos-psicológicos e assistenciais, ao passo que a possibilidade de uma dimensão sociocultural remete a transformações no imaginário social e ao espaço de ações

coletivas, de mobilização e invenção de novos modos de reprodução social (AMARANTE; TORRE, 2017). Faz-se imprescindível que a reforma psiquiátrica não fique como algo de posse de algumas áreas de conhecimentos, ou de determinados serviços especializados, por exemplo, mas que diversos e diferentes elementos, fatores e ciências possam dialogar.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se fortaleceu a partir da década de 1990, com a inclusão de ações e serviços de saúde mental nas políticas públicas de saúde. Com a aprovação da Lei nº 10.216 houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos, significando uma relação de alta complexidade para média complexidade. A Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o momento histórico, político e social da saúde do Brasil, não foi diretamente investida em ações de saúde mental, quanto a outros níveis de complexidade (BOLSONI et al., 2015).

Os movimentos em saúde mental vêm entre outros, problematizando o retorno a sociedade daqueles indivíduos que outrora eram condenados à exclusão social por apresentarem algum elemento que se distancia daqueles padrões estabelecidos como normalidade, colocando em foco a ressocialização do paciente psiquiátrico. Com isso se começa a ouvir a voz daquele considerado como louco e “[...] o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Outro marco na saúde mental do país se refere às Conferências Nacionais de Saúde Mental. A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada em 1987 sendo um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, essa conferência veio propor o “fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e de ruptura com o processo de desinstitucionalização como desospitalização” (HELDRICH; BERNDT; DIAS, 2015). Nesse mesmo ano de 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que teve como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

No ano de 1992 ocorreu a segunda CNSM, a qual se destacou da primeira pela maciça participação dos usuários dos serviços, o que vem ocorrendo nas conferências desde então, bem como a participação de representantes do “Movimento pela Reforma Psiquiátrica”. Em 2001, ocorreu a terceira conferência

como o tema: “Cuidar sim, excluir não”. Entre as relevantes deliberações dessa conferência se tem questão da extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos no país, que estava prevista para ocorrer até o ano de 2004, infelizmente, ainda existe a necessidade da implantação de mais instituições e dispositivos especializados e nos não especializados precisasse de mais ações em educação permanente, que aborde a saúde mental.

As conferências problematizando o contexto da saúde mental vêm romper com o entendimento e reducionismo, que girava em torno apenas dos fechamentos das estruturas físicas dos manicômios; vem do mesmo modo (re)pensar mudanças no imaginário construído sobre a loucura, colocando em pauta a existência de práticas e significações manicomiais. Transparecendo a noção de que para extinguir os manicômios em sua complexidade existencial é preciso refletir o entendimento sobre a lógica manicomial sustentada, entre outras, por bases que diziam que excluir era uma forma de tratar o sofrimento psíquico.

A criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) representou um elemento novo no cenário da participação social no contexto da RP [...]. A ABRASME passou a organizar, de dois em dois anos, congressos nacionais, assim, como os fóruns de direitos humanos e saúde mental. Tanto os congressos quanto os fóruns passaram a assumir, de maneira mais central, a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que os orientam (AMARANTE; NUNES, 2018). Os diversos e diferentes eventos que abordam a saúde mental representam importantes canais de divulgação nos meios midiáticos sobre as discussões de saúde mental no país. Entre os eventos nacionais tem destaque a Semana da Luta Antimanicomial, comemorada no dia 18 de maio, e as atividades que costumam ocorrer na semana do dia do Psicólogo, comemorado em 27 de agosto.

Partindo da definição de desinstitucionalização, consideramos que a reforma psiquiátrica é, em primeiro lugar, um processo complexo, que não se limita às mudanças nos hospitais psiquiátricos/manicômios, ou na forma de atender/tratar a loucura. Não se refere, portanto, somente à criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipes interdisciplinares, entre outras (HEIDRICH; BERNDT; DIAS, 2015). Não apenas discutir o manicômio em si, mas, também, superar a lógica manicomial, que pode sustentar a existência de um manicômio imaginário, mesmo sem a existência de sua estrutura física.

A Atenção Psicossocial como proposta paradigmática do processo da Reforma Psiquiátrica, aponta para importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana, que podemos, genericamente, nomear de loucura ou de sofrimento psíquico. Trata-se de uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, que reduz o funcionamento psíquico, exclusivamente, a processos cerebrais e, portanto, totalmente, explicáveis em uma linguagem neurobioquímica e os seus desvios nomeados como transtorno mental (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). O paradigma psicossocial vem, entre outros, romper com a hegemonia de que o sofrimento psíquico apenas poderia ser entendido a partir do saber médico, se começa a refletir esse sofrimento como uma experiência humana, entendida a partir da complexidade constituinte do sujeito em sua singularidade existencial.

Em 1986, em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Esse CAPS recebeu o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e foi conhecido como CAPS Itapeva. Esse dispositivo deu início ao processo de implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar, que até então só se podia contar com a existência dos manicômios como instituição de referência para a assistência à saúde mental, principalmente, no momento de crise. Assim, como a ESF é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, o CAPS é ordenador da Rede de Atenção à Saúde Mental.

Qualquer serviço de saúde, por mais que seja complexo e bem equiparado, não consegue sozinho dar conta integral aos indivíduos e coletivos. Essa tarefa depende de muitos saberes e práticas, para que o cuidado em saúde ocorra de forma ampliada e contínua. Assim, pensamos como estratégia o trabalho em rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para que a saúde mental seja acolhida e cuidada é necessário que o trabalho desenvolvido seja entrelaçado nas redes de atenção à saúde, na qual o enlaçamento desses fios permita um fluxo de contínuas referências, sentidos e significados. Para além dos profissionais da saúde, também, se deve considerar o desejo do sujeito em questão, reafirmando que ele é ser ativo nesse processo de cuidados e reabilitação, sendo um dos corresponsáveis pela sua condição de saúde.

Entretanto, a necessidade e demanda nas unidades de atenção básica pela comunidade necessita de uma articulação eficaz no cuidado à saúde mental e

territorial (MOLINER; LOPES, 2013). Isso reflete a importância e necessidade de que os serviços e instituições de saúde operem em rede, criando canais de comunicação que se tornem requisito existencial das redes de atenção à saúde. A articulação em rede, também, potencializa a assistência da Atenção Primária aos usuários dos serviços, pois permite que os profissionais conheçam seu território de atuação.

O trabalho em rede visa a atender as demandas de saúde mental dos usuários e de suas famílias, partindo de uma concepção ampliada da complexidade do cuidado em saúde, focado em aspectos relacionados à qualidade de vida e acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção de uma vida saudável (ESLABÃO et al., 2017). Ampliando-se, assim, as possibilidades de cuidar integral e intersetorialmente o sujeito, considerando suas relações inter e intrapessoais, os contextos da saúde, educação, econômico, espiritual, etc.; bem como os serviços e dispositivos que compõem a rede de atenção à saúde.

As questões relacionadas à saúde mental se apresentam no contexto político e social brasileiro como um grande desafio na busca da garantia de direitos de cidadãos com transtornos mentais. Os avanços que acompanham as transformações na condução do cuidado em saúde mental, também, são desafios aos gestores, que são chamados a redirecionar o modelo de atenção e implantar uma série de recursos de saúde com potencial técnico para efetivar tal transformação (INSTITUTO DE SAÚDE, 2013). Para operacionalizar essa transformação é necessário que o cuidado psicossocial se concretize sendo que isso exige uma gama de recursos financeiros, humanos e estruturais.

No que tange ao cuidado em saúde mental na atenção primária, ainda, há muitos desafios e incertezas em relação à forma de gerenciar as ações. Nesse caso não há um conhecimento suficiente da rede de cuidado, das possibilidades de articulações, dos recursos disponíveis no território e da dinâmica de movimentos dos usuários em sofrimento psíquico nos serviços e na comunidade (ESLABÃO, 2017). Com isso, se pode reafirmar a relevância de pesquisas e estudos que reflitam a saúde mental em seus atravessamentos, pois a partir desses se podem instigar discussões que visem melhorar constantemente a RAPS.

Bolsoni et al (2015) expõe que: “entre 1980 e 2000, destaca algumas experiências de inserções de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, que incluíram psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. No

segundo momento, de 2001 a 2008, foram criadas as diretrizes nacionais para saúde mental na Atenção Básica. A partir de 2008 até os dias atuais, quando ocorreu a institucionalização das ações de saúde mental na Atenção Primária, com implantações nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”. Esses núcleos vêm potencializar as ações e atividades de prevenção, proteção e reabilitação das questões de saúde.

O desafio que vem sendo enfrentado pelos profissionais da atenção básica é a articulação entre saúde mental e atenção básica. Pois, a atenção básica, através da ESF, vem sendo postulada como o campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, sendo exigidos dessas melhorias da assistência e ampliação do acesso (MOLINER; LOPES, 2013). Atualmente, os profissionais da ESF em algum momento receberam sujeitos que apresentaram o sofrimento psíquico como queixa para busca dos serviços de saúde e tais equipes necessitam estar preparadas para assistir essa demanda, surge o questionamento como a ESF vem assistindo a saúde mental dos seus pacientes?

2.3.1 Saúde Mental no Brasil na Contemporaneidade

As conquistas obtidas ao longo de anos na saúde mental vêm passando por um momento tenso de conflitos, que ameaçam um retrocesso nas políticas públicas destinadas ao sofrimento psíquico. Como Guimarães e Rosa (2019) expõem: “a partir de 2015, propostas conservadoras e neoliberais provocam mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para cumprir acordos políticos”. O atual cenário político do país se mostra desanimador quando se refere à atenção pública a saúde mental. Não se tem a pretensão de incitar uma discussão política contrária ou a favor de partido x ou z, mas sim de refletir as transformações que a política de saúde mental vem sofrendo em decorrência de posicionamentos governamentais, a visível desconstrução da reforma psiquiátrica.

Neste mesmo período, as Comunidades Terapêuticas (CT) se reafirmam como estabelecimentos de saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25/10/2016, o que as capacita a receberem recursos do SUS. Como a maioria das CTs não conta com equipe técnica, os equipamentos do SUS tendem a figurar como porta de entrada desses serviços, em um mix perverso público x privado com divisões de trabalho danoso para os CAPS (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Ressaltasse a relevância do CAPS no atendimento e assistência ao portador de transtorno mental, bem como seu papel de porta de entrada dos serviços especializados em saúde mental, por toda sua trajetória histórica e pelo quadro de profissionais que possui.

A “nova” política reapresenta métodos e práticas que foram abortados. A atual gestão de saúde mental do Ministério da Saúde golpeia vertiginosamente os avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica. Este direcionamento é, na prática, “um esforço de esconder seu componente manicomial [...] como forma de maquiar o ‘velho modelo’ que é o mesmo existente antes da reforma psiquiátrica em curso”, sinalizado no Manifesto Público do Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial (2018) (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Essas mudanças “[...] representam retrocesso importantes e vão à contramão de todas as políticas globais que alcançaram bons indicadores epidemiológicos de Saúde Mental e nos dão brechas para compreender as inflexões que elas representam no plano ético-político, principalmente, no tocante à garantia de direitos humanos, [...]” (LUSSI, 2019).

A nota técnica do Ministério da Saúde, nº 11/2019, discorre sobre alterações na Política Nacionais de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Entre as mudanças inclui as Comunidades Terapêuticas como um dos pontos de atenção da RAPS e a expansão de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. Essa “Nota Técnica tem como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial [...]” (LIMA, 2019), ponto tão controverso na Reforma Psiquiátrica, que vem tentando retirar o hospital do centro do cuidar em saúde mental. A partir dessa nota, também, se vem pensar a necessidade da expansão dos leitos psiquiátricos, pois isso remete a hospitalização do transtorno mental. E como incluir um “serviço” de saúde mental o qual não possui critérios de assistência e não tem a obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar especializada. Os movimentos sociais e entidades da saúde mental, bem como o próprio Conselho Federal de Psicologia se posicionam contrários a essa Nota.

A Nota Técnica aborda outros pontos complexos, entre eles “chama também a atenção que o único tópico no qual a saúde mental infanto-juvenil é abordada especificamente se refira à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos” (LIMA, 2019). Isso se refere ao retorno do modelo hospitalocêntrico e medicamentoso destinado ao sofrimento psíquico, bem como explicita a previsão de que os serviços substitutivos como o CAPS perderão gradativamente sua essência e

local na RAS. Inclusive o próprio termo “substitutivo” foi retirado da Política. O que vem ocorrendo nas políticas de saúde mental se configuram como um desmonte a tudo que foi duramente conquistado com os movimentos sociais e Reforma Psiquiátrica.

No momento em que a ascensão ao governo federal de projeto político ultraconservador coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde, assim, como a de todo frágil Estado de bem-estar social construído os últimos anos e, no limite, da própria democracia, todo cuidado é pouco. O fantasma do retorno dos hospícios é só a ponta do *iceberg* de toda uma cultura manicomial que, ainda, resiste à sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para mais algumas gerações. Que a nossa faça a sua parte (LIMA, 2019). Nesse sentido todos são convidados a (re)pensar o novo olhar das políticas públicas de saúde mental com o objetivo de juntos buscar melhorias.

Embora a referida Nota já tenha sido, oficialmente, retirada pelo Ministério da Saúde por forças das pressões sociais, compreendemos que as intenções políticas e técnicas anunciadas pela atual Coordenação Nacional de Saúde de Saúde Nacional continuam sendo cotidianamente atualizadas por seus posicionamentos públicos, bem como pela emissão das Portarias e Resoluções, que apontam para importantes retrocessos das Políticas de Saúde Mental brasileiras. Além disso, tomamos esta Nota como um importante dispositivo analisador dos discursos e práticas psiquiátricas que ganham força a partir do crescimento, no Brasil, de uma nova “onda conservadora”, um movimento de forças, que tem atuado, explicitamente, a favor da contenção de direitos garantidos desde a Constituição de 1988 (ALMEIDA, 2017 apud LUSI et al, 2019).

Outro ponto relevante que vem provocando inquietação social e de alguns conselhos de classe trata dos repasses financeiros na PNSM, que vem sofrendo redistribuições. “A ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas, ou seja, há um claro desinvestimento na RAPS/SUS em prol de instituições não públicas, que tendem a violar direitos humanos, até pela resistência histórica em se abrir para fiscalizações e avaliações públicas. [...] Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário,/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$ 1.100,00, para no máximo de 50 pessoas” (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Essa disparidade financeira

aos poucos pode representar um sucateamento dos CAPS, fornecendo dados epidemiológicos equivocados, que não retrataram a realidade dos serviços e usuários atendimentos nos serviços substitutivos na saúde mental.

A Política de sofrimento psíquico relacionado ao uso de substâncias psicoativas também sofre mudanças no atual cenário político do país. A Nota Técnica nº 11/2019 assinada em janeiro desse ano “[...] esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018, que explicita o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, consequentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social” (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Com essa nota muda-se o olhar da Política de saúde mental, álcool e outras drogas, contrariando a Política que vinha sendo desenvolvida que se fundamentava na redução de danos.

Percebe-se um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado, o que convoca a sociedade civil para reforçar a luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautada nos direitos humanos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Entender os nortes de direcionamentos por trás das mudanças nas políticas públicas voltadas ao sofrimento psíquico se faz relevante não apenas para os estudiosos e profissionais da área, mas, também, para a sociedade em geral que a principal afetada pelo fato de vir a alguns anos ocorrendo à desvalorização e desmonte nos direitos aos humanos. Partir do pressuposto que qualquer sujeito pode necessitar da RAPS deve instigar a que todos se sintam responsabilizados pela qualidade dos serviços públicos de saúde mental.

2.4 Urgência em Saúde mental

Discorrer sobre urgência pode causar a confusão entre seu conceito e o de emergência. Esses conceitos possuem uma diferença epistemológica. Urgência “está diretamente relacionado à possibilidade de o paciente evoluir de uma condição de menor gravidade para uma condição de maior gravidade” (FERNANDES, 2014). Situações de urgência apresentam risco a morte e necessita de intervenções mais

complexas. Já, “o termo emergência está diretamente relacionado à situação de risco iminente à vida” (FERNANDES, 2014). Pensar essa diferença talvez não seja o mais relevante em se tratando de intervenções em saúde mental, pois nelas sempre se devem realizar intervenções de acordo com o quadro clínico apresentado. Tem se por base o entendimento que “[...] a distinção entre urgência e emergência adotada para clínica geral carece de aplicabilidade prática na psiquiatria” (MUNIZZA et al 1993 apud VEDANA, 2016).

Pensar a urgência em saúde mental requer ainda pontuar o lugar do profissional médico enquanto na atuação da crise que junto à equipe pensa as intervenções necessárias. Salienta-se que nos atendimentos em saúde mental o ideal seria que a equipe tivesse fundamentação teórica sobre sofrimento psíquico, entretanto poucos profissionais da ESF apresentam formação nessa área. Em especial o médico da ESF atende como generalista, um clínico geral. “Na UBS tradicional, como alternativa à ausência de profissionais de saúde de referência, existe um médico que presta assistência em ‘saúde’ mental”¹ (HIRDES; SILVA, 2017, tradução nossa).

A palavra crise é polissêmica, ou seja, é permeada por significados e sentidos diversos. Ela está presente no nosso cotidiano desde o discurso mais corriqueiro até os discursos dos centros especializados em saúde mental (MARTINS, 2012). A noção de crise carrega uma complexidade que torna problemático definir um único conceito. Quando se remete ao contexto da saúde mental até o sujeito mais leigo entende que se refere a algo que se deseja evitar sua ocorrência. Essa crise em saúde mental corresponde à urgência psiquiátrica.

A concepção de crise é polissêmica. Isto, porque a apropriação conceitual e contextual oferta diferentes sentidos clínicos, históricos e sociais. No entanto, crise é o desencadeamento psíquico que coloca a pessoa no vazio, em um lugar de interrogação (ALMEIDA et al, 2014). Conceituar crise em saúde mental se configura como uma complexa tarefa deve-se ir para além da sintomatologia e pensar nos atravessamentos constituintes do sujeito, seu relacionamento consigo e com o mundo que está inserido. Bem como sua responsabilização para o surgimento e manutenção de seu sofrimento psíquico.

¹ Texto original: In traditional UBS, as an alternative to the absence of reference health professional, there is a physician who provides “mental health” care.

Crise em saúde mental corresponde a uma cisão psíquica, que representa o ápice de um sofrimento mental intenso. É um momento de desestabilização na qual uma pessoa não tem controle de suas ações e pensamentos, sendo suscetível a comportamentos imprevisíveis. Comumente se associa que nessa crise existe um nível de periculosidade na qual o indivíduo se torna agressivo e pode colocar em risco a sua vida e a de outros. Essa associação nem sempre é correta isso se relaciona ao fato de que na crise pela cisão que ocorre o indivíduo, pode sentir-se ameaçado por não conseguir reconhecer pessoas, situações e o próprio ambiente.

A manifestação da crise ocorre quando há algum desarranjo psíquico, que produz uma cisão entre o real e imaginário; uma descontinuidade entre o mundo interno e o mundo externo do sujeito. A manifestação de uma crise é multifatorial, diversos elementos e fatores se atravessam resultando, em uma crise. Essa crise não é privativa do portador de transtorno mental, todo indivíduo pela condição de humano possui o interruptor, que liga uma possível crise, o que vai acionar, ou não, esse interruptor vai depender de diversos e diferentes elementos, entre eles a história de vida de cada indivíduo. Portanto, a crise em saúde mental não pode ser associada, exclusivamente, aos quadros psicóticos, entendendo que essa crise seria um momento de desorganização da *psíquê* de um indivíduo, seria a agudização de um estado de adoecimento mental.

A crise pode advir de uma situação imprevisível: doença, desemprego e morte; e/ou previsível: como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos e externos ao organismo (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). A crise permeia a própria constituição, enquanto sujeito pensante, desse modo à crise em saúde mental pode ser entendida como uma resposta aos modos de adaptação do (con)viver em sociedade, deve-se olhar a potencial criativa que emerge na e da crise.

Especificamente, no campo da saúde mental, a crise ocupa lugar central. Ela inaugura uma nova condição de vida para o sujeito. A crise, ou seja, uma “manifestação de loucura”, produz um corte na vida do sujeito e este passa a carregar o registro de louco (MARTINS, 2012). Por esse motivo a relevância de, também, se acolher e trabalhar nos territórios em que o sujeito em sofrimento psíquico transita. É nesse momento de crise que se operacionaliza a atuação da urgência em saúde mental e como Martins (2012) coloca “as ideias de crise,

defendidas pela psiquiatria clássica baseadas na concepção de ruptura com a normalidade, ainda estão presentes no discurso atual”. Surge a inquietação de que entendimento e manejo em situações de crise em saúde mental os enfermeiros da ESF possuem?

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área, ainda, é bastante insuficiente (BRASIL, 2003). A insuficiência ou ausência de discussões nas universidades sobre urgências, principalmente, as de saúde mental formam profissionais, que não tem conhecimentos técnicos de manejo clínico nessas situações. Isso, provoca inquietação pelo fato de que os profissionais devem estar preparados para uma diversidade de situações em saúde, as quais não teve contato prévio sobre os conhecimentos que são necessários para acolher e assistir esses casos. Todas as redes de saúde na figura dos seus profissionais devem ser capazes de intervir em um caso de crise referenciando para o serviço de urgência específico.

A crise em saúde mental deve, inicialmente, ser avaliada e acolhida pela ESF a qual referência o paciente e sua família de acordo com a gravidade que o quadro clínico apresente mesmo sem possuir estrutura e habilidades especializadas para o atendimento de urgências em saúde mental os profissionais da Atenção Primária devem, minimamente, ter conhecimentos que possibilitem identificar sinais e sintomas da iminência ou da crise em si para efetuar os devidos encaminhamentos. Reafirma-se que crise em saúde mental/psiquiátrica deverá ser referenciada para os serviços de urgência em saúde, no presente trabalho vem-se refletir que antes essa referência ao serviço especializado seja realizada pela Atenção Primária, convidando seus profissionais a acolherem e dentro de suas potencialidades e limitações assistir, avaliar e encaminhar o paciente. Acolhendo paciente e sua família em um momento no qual esses se encontram fragilizados.

Para Boff (2002), a crise possui uma vitalidade criadora que leva a pessoa a questionar sua existência e o mundo que a cerca. Ela é convocada a opinar e a decidir. É um momento crítico, uma descontinuidade e uma perturbação dentro da normalidade da vida, quando algo é deixado para trás e abrem-se novas possibilidades de ser e estar no mundo. No momento de crise, o essencial aparece com clareza [...] (MARTINS, 2012). Isso reflete a questão que a crise em saúde mental é, facilmente, associada a aspectos negativos devidos sua desorganização e mal-estar, que provoca no indivíduo e em seu entorno. Entretanto, essa crise,

também, possui elementos positivos pelo fato de permitir um novo olhar, uma reorganização psíquica o que abre o ser para novas possibilidades de constituição enquanto sujeito. Isso, também, possibilita novos modos de inter e intra relacionamentos.

A questão da crise no campo da saúde mental é um tema permeado por contradições que merecem uma reflexão especial. A reforma psiquiátrica defende novas formas de pensar e fazer em torno da crise. Entretanto, as maneiras de encarar a mesma, ainda enraizadas em práticas clínicas enrijecidas, determinam muitas de suas significações e, consequentes intervenções, que não levam em consideração a complexidade e o caráter subjetivo da mesma (MARTINS, 2012). Não se pode partir do entendimento de crise em saúde mental, exclusivamente, enquanto aspecto negativo, seu aspecto positivo, também, deve ser pensado. O positivo se refere a novas possibilidades de 'vir-a-ser' no mundo e com o mundo. Nesse momento surgem as reflexões fenomenológicas existenciais, que devem ser consideradas nos cuidados e atendimentos do sujeito em crise de saúde mental.

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que os profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la, rapidamente, para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação (BRASIL, 2003). Isso se refere a todas as urgências em saúde, as quais o profissional da unidade deve possuir manejo clínico e dentro das suas limitações e potencialidades tentar estabilizar e referenciar o paciente para os serviços e dispositivos de urgência da Rede Atenção à Saúde.

Um dos principais objetivos do atendimento de urgências e emergências psiquiátricas é o reconhecimento de quadros orgânicos, ou seja, situações que se manifestam com alterações mentais e comportamentais, mas são causadas por alterações fisiológicas e morbididades orgânicas (VEDANA, 2016). Por isso, se faz imprescindível à avaliação dos profissionais da ESF ao sujeito em crise de saúde mental, isso mediante as habilidades e competências que esses profissionais possuam, destacando que eles, também, precisam ter algum preparo para prestar assistência em caso de crise em saúde mental.

A avaliação da ESF no momento crise tem entre outros, o papel de descrever o quadro que o paciente apresenta, relatando o observado pelos profissionais em uma breve descrição dos sinais, sintomas e histórico do sujeito, que deverá por escrito acompanhar o paciente ao serviço especializado. Esse encaminhamento auxilia a intervenção especializada, que já terá acesso a informações relevantes para operacionalizar em tempo hábil as condutas profissionais e farmacológicas durante e depois da crise. Para cada caso existe uma conduta mais adequada, por exemplo, se possível deve-se distinguir uma crise decorrente do uso de psicotrópicos de uma crise do sujeito com diagnóstico de esquizofrenia.

Para que o atendimento à saúde mental aconteça em nível primário da atenção básica, é necessário que os profissionais sejam preparados a ouvirem e reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além da doença/transtorno mental instalado, como, também, requer um pensar e agir pautado na atenção psicossocial, e de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental (MOLINER; LOPES, 2013). Sem preparo e/ou habilidade para acompanhar os casos de sofrimento psíquico, dificilmente, se poderá pensar em profissionais da Atenção Primária que consigam assistir situações, ou até, a iminência de crises psiquiátricas em sua área de abrangência. Também, se faz imprescindível que os profissionais da saúde atuem de modo interdisciplinar e não apenas isoladamente compondo equipes multiprofissionais, que possam existir vias de trocas de conhecimentos.

O que há de primordial no “cuidado” com a crise é a dimensão subjetiva que está por detrás dela. O trato com a crise se constrói a partir da relação com o sujeito, com a sua história de vida, familiar, profissional e emocional. Para que um tratamento efetivo se construa, precisamos romper com a hegemonia de saberes e abrir as portas para múltiplas possibilidades de perceber e lidar com a crise, a depender da demanda do paciente (MARTINS, 2012). Para intervir em situações de crise o mais indicado seria um profissional ou equipe multiprofissional que já possuísse vínculos com o paciente, e esse tipo de vinculação é esperada dos profissionais da ESF para com a população assistida. Tal vínculo não se estabelece no momento da crise, já deve estar em processo de constante construção que tem início antes da manifestação de uma crise.

Martins (2012) expõe que: “[...] precisamos romper com fórmulas prontas de intervenção e nos permitir inovar, extrapolar o espaço do CAPS e atingir a cidade, para que a loucura esteja presente em bancos de praça, na padaria, supermercado, ruas e escolas e, enfim na nossa ‘sala de jantar’”. Acolher a “loucura” nas suas manifestações e territórios de surgimento. Compreendendo as manifestações da loucura se pode tentar observar quando um sujeito apresenta sinais e sintomas de uma possível crise para, então, planejar intervenções nesses casos. Não existe uma fórmula pronta para assistir uma crise psiquiátrica, entretanto os profissionais devem ter planos de atuação para tais situações, reconhecendo que existe a probabilidade de em algum momento assistir uma crise em saúde mental.

É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o encaminhamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos e avaliados de acordo com o primeiro nível de assistência à saúde, necessitem de assistência dos níveis de Atenção Secundária e Terciária de Saúde. Para tal é preciso recorrer aos laços constituídos pelas Redes de Atenção à Saúde, que devem estar em equilíbrio, para que fluidamente possa acontecer as referências e contra referências. Deve-se acolher, entretanto, não basta acolher a demanda se a mesma necessita de serviços especializados e o profissional enfermeiro não tem serviços e profissionais a que acionar em seu território de cuidados. É preciso trabalhar a operacionalização da atuação em redes de atenção à saúde.

3 MÉTODOS

3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. O trabalho foi operacionalizado a partir de entrevistas semiestruturadas previamente elaboradas, aplicadas e gravadas com os participantes. A técnica para análise dos dados foi o método proposto por Bardin (2016) de Análise de Conteúdo, que é um procedimento sistemático que proporciona um levantamento de indicadores dos discursos obtidos. Mediante a temática e o instrumento utilizado na pesquisa, se considerou como o melhor método tal análise dos dados por proporcionar uma melhor compreensão do assunto abordado.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O caminho percorrido pela análise de conteúdo, ao longo dos anos, perpassa diversas fontes de dados, como: notícias de jornais, discursos políticos, cartas anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros (SILVA; FOSSÁ, 2015). Na presente pesquisa optou-se pela entrevista para refletir na fala do enfermeiro da ESF seus anseios, potencialidades e limitações em relação à crise em saúde mental nos seus campos de saberes e ambiente institucional.

A metodologia da análise de conteúdo se destina a classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo com que sejam comparáveis a uma série de outros elementos (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016). Na pesquisa foram seguidas todas as etapas até a construção das categorias, que melhor permitissem o entendimento das ações do enfermeiro da ESF frente a uma crise em saúde mental.

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Araisos, estado do Maranhão. De acordo com dados do IBGE (2017), o município de Araisos (MA) possui população estimada em 46.074 habitantes. O município encontra-se na região

nordeste do estado do Maranhão, sendo uma das portas de entrada para o Delta das Américas. Compreende uma área de 1.782,5 km², incluindo a parte continental e insular (Ilha das Canárias, Ilha do Caju, Ilha dos Poldros, entre outras). Está localizado a uma altitude de seis metros acima do nível do mar. Situa-se ao leste, na microrregião do Baixo Parnaíba, limita-se ao Norte com o Oceano Atlântico, ao Sul com os municípios de Magalhães de Almeida e São Bernardo, ao Leste com o Rio Parnaíba, e ao Oeste com os municípios de Água Doce e Santana do Maranhão. O município localiza-se às margens do Rio Santa Rosa (afluente do Parnaíba) e é cortado pelo Rio Magú, que tem nascentes no município de Santana do Maranhão.

Na cidade existe uma APAE, que pela oferta e demanda populacional se torna a principal responsável pelo atendimento das queixas em saúde mental. Seu corpo profissional possui psicólogo, psiquiatra (atende de uma a duas vezes por mês), técnico de enfermagem, fisioterapeuta, pedagogo, etc. Outros atendimentos de Psicologia ocorrem no hospital regional em que atua uma psicóloga que atende duas vezes na semana. E, o psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A ausência de serviços especializados em saúde mental e da atuação interdisciplinar, nessa área, compromete o cuidado em saúde mental no município. Todos esses serviços atendem de modo independentes, sem que os serviços de Psicologia estabeleçam pontes de comunicação.

Infelizmente, a inexistência de um banco de dados ou de sistemas específicos da saúde mental inviabiliza a obtenção de informações quantitativas acerca da prevalência e incidência de indivíduos em sofrimento psíquico na cidade de Araioses. As ESF desconhecem o número de portadores de transtornos mentais que residem em seu território, salienta-se a relevância da realização de um levantamento em saúde mental por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para que com base nesse documento se possam propor e operacionalizar melhores intervenções e práticas em saúde mental.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde, o município possui um total de 17 unidades, sendo que em cada unidade atua uma equipe de ESF. Existem três equipes de saúde bucal e o restante das ESF, também, obedecem ao padrão de um enfermeiro, um médico e um número 'x' de agentes comunitários de saúde. A cidade conta com uma equipe de NASF e mesmo que a cobertura da ESF seja de 100%, existem áreas descobertas pelas equipes de Atenção Primária, essas áreas buscam a ESF mais próxima, ou diretamente, os serviços hospitalares

existentes na sede. Na cidade existem dois hospitais, um municipal e outro que funciona com contrapartida estadual, eles atuam de modo separado sem que institucionalmente dialoguem entre si.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família há pelo menos seis meses e como critério de exclusão os enfermeiros que estivessem de férias, licença ou se recusassem a participação. Dos 17 enfermeiros da ESF existentes no município pesquisado, conseguiu-se entrevistar 14 deles.

Depois da aprovação do respectivo Comitê de Ética e da Secretaria Municipal de Saúde do município todos os 17 profissionais de Enfermagem da ESF foram convidados a participar da pesquisa, entretanto 2 se negaram e um não cumpria os critérios de inclusão da pesquisa. Com isso obteve-se 82,3% do universo de estudo, o que foi considerado satisfatório para o prosseguimento da pesquisa.

3.3 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado na obtenção da coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada elaborada especialmente para este fim. A entrevista foi direcionada ao enfermeiro da ESF. Os dados solicitados na entrevista abrangiam idade, sexo, pós-graduação, tempo de atuação na estratégia seguido de questões qualitativas relacionadas ao tema de saúde mental estudado (Apêndice D – Entrevista). As entrevistas foram gravadas por um aparelho celular e, posteriormente, transcritas em arquivos individuais de texto. Durante a gravação apenas pesquisadora e profissional enfermeiro permaneceram no ambiente, preservando a qualidade do som e o sigilo ético das informações. O cabeçalho da entrevista, que continha os dados pessoais do entrevistado, foi respondido por escrito, sem que, posteriormente, se pudesse identificar o enfermeiro já que a sua entrevista foi codificada com um número antes do início da gravação.

As entrevistas foram, previamente, agendadas, sendo realizadas em ambiente reservado que possuía iluminação, ventilação e som adequados. O local e turno escolhido pelo entrevistado de acordo com sua disponibilidade e rotina da Unidade Básica de Saúde (UBS). Os turnos nas quais as entrevistas ocorreram foram manhã e tarde, nos meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro de 2019, com o tempo de duração, em média, de 20 minutos.

3.4 Processamento e Análise de Dados

A pesquisa foi submetida e aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Araioses e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI, obtendo em dezembro de 2018 o parecer de nº 3.082.068, bem como também foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Araioses. Logo após teve início o processo de coleta de dados no mesmo mês.

Aos participantes foram apresentados os objetivos e metodologia, mediante ciência e concordância através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Para preservar o anonimato dos participantes eles foram identificados por códigos numéricos (1, 2, 3, 4,.....14).

Depois da apresentação desse trabalho ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI e das adequações exigidas, a pesquisadora realizará atividade de *feedback* com os profissionais da ESF e gestores de saúde do município pesquisado, para apresentar os resultados obtidos e efetuar a entrega do produto elaborado. Nessa apresentação se pretende instigar os profissionais e problematizarem suas práticas, ações, bem como as potencialidades e limitações pessoais, profissionais e institucionais. Acredita-se que as reflexões sobre esse cenário e assunto possam culminar em melhorias no atendimento e assistência à saúde mental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

THE NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY AGAINST MENTAL HEALTH EMERGENCIES

EL ENFERMEIRO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA FRENTE A LAS URGENCIAS EM SALUD MENTAL

Elzalina Santos de Sousa Sousa¹ - UNINOVAFAPI

Carmen Viana Ramos² - UNINOVAFAPI

Fabício Ibiapina Tapery³ - UNINOVAFAPI

João Paulo Sales Macedo⁴ - UFPI

Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa⁵ - UNINOVAFAPI

Autor correspondente:

Elzalina Santos de Sousa - Centro Universitário UNINOVAFAPI

Rua Governador Joca Pires, 1535. Bairro de Fátima Teresina –PI

Cep: 64049-522.

Tel.: (86)9990-9996

e-mail: elzalinasantos@hotmail.com

RESUMO

¹ Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

² Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira Fundação Osvaldo Cruz, Brasil. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

³ Pós-doutor em Implantodontia pela Johannes Gutenberg University em Mainz, Alemanha. Professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

⁴ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí.

⁵ Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí, Brasil. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Introdução: O sofrimento psíquico representa uma das demandas que levam pacientes a Estratégia Saúde da Família - ESF. **Objetivo:** Conhecer as ações do enfermeiro da ESF frente às urgências em saúde mental. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa realizada com 14 enfermeiros das unidades da ESF do município de Araiões, localizado no interior do Estado do Maranhão. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada elaborada para essa finalidade e analisada pela técnica análise de conteúdo. **Critérios de exclusão:** Férias, licença médica ou materna e o mínimo de seis meses trabalhando na ESF. **Parecer de aprovação nº 3.082.068 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI.** **Resultados:** A principal ação do enfermeiro da ESF na crise em saúde mental foi referenciar para o hospital, para o paciente ser medicado e conduzido a um setor psiquiátrico existente no setor hospital da cidade vizinha do Estado do PI.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Enfermeiro. Urgência. Saúde Mental. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Psychic suffering represents one of the demands that lead patients to the Family Health Strategy - FHS. **Objective:** To know the actions of the FHS nurse in the face of emergency in mental health. **Methods:** Exploratory, descriptive research with a qualitative approach conducted with 14 nurses from FHS units in the municipality of Araiões, located in the countryside of Maranhão state. A semi-structured interview designed for this purpose and analyzed by the content analysis technique. **Exclusion criteria:** Vacation, sick or maternity leave and a minimum of six months working at the FHS. **Approval opinion number 3.08.068 of the UNINOVAFAPI Research Ethics Committee (CEP).** **Results:** The main action of the FHS nurse in the mental health crisis was to refer the patient to the hospital in order to be medicated and taken to a psychiatric sector in the hospital of the neighboring city, in Piauí state.

Keywords: Family Health Strategy. Nurse. Urgency. Mental Health. Primary Health Care.

RESUMEN

Introducción: El sufrimiento psíquico representa una de las demandas que, llevan pacientes a la Estrategia Salud de la Familia - ESF. **Objetivo:** Conocer las acciones del enfermero de la ESF frente a las urgencias en salud mental. **Métodos:** Investigación exploratoria, descriptiva con abordaje cualitativa realizada con 14 (Catorce) enfermeros de las unidades de la ESF del municipio de Araiões, ubicado en el interior del Estado del Maranhão. Se utilizó una entrevista semiestructurada, elaborada para esa finalidad y analizada por la técnica de análisis de contenido. **Criterios de exclusión:** Vacaciones, licencia médica o materna y el mínimo de seis meses trabajando en la ESF. **Protocolo de aprobación de la investigación.** Opinión de aprobación número 3.082.068 del Comité de Ética de la Investigación (CEP) da UNINOVAFAPI. **Resultados:** La principal acción del enfermero de la ESF en la crisis en salud mental fue referir, para el hospital, para que el paciente pudiera ser medicado y conducido a un sector psiquiátrico existente en el sector hospital de la ciudad vecina del Estado del PI.

Palabras llaves: Estrategia Salud de la Familia. Enfermero. Urgencia. Salud Mental. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico representa na contemporaneidade uma das demandas que crescentemente mais levam os indivíduos a buscarem os serviços de saúde e é a Estratégia Saúde da Família (ESF) a porta de entrada dos serviços e instituições públicos de saúde no país. De acordo com o Ministério da Saúde: “o acompanhamento de pessoas com transtorno mental comum pelas equipes da ESF no território confunde-se com a própria rotina do atendimento nas unidades de atenção primária, dada a grande frequência desses casos nesse nível da assistência” (BRASIL, 2011).

As pessoas com transtornos mentais graves e persistentes irão necessitar de cuidados continuados, e as equipes da ESF tem o papel importante pela proximidade ao território, na manutenção dos cuidados e a possibilidade de facilitar a inclusão social (BRASIL, 2011). Nesse cenário quando ocorre um processo intenso de sofrimento psíquico, pode-se manifestar uma crise em saúde mental a qual os profissionais da ESF são convidados a dá assistência essa situação devida sua localização geográfica e familiaridade com as demandas das famílias que residem em sua área de abrangência.

A concepção de crise é polissêmica. Isto, porque a apropriação conceitual e contextual oferta diferentes sentidos clínicos, históricos e sociais. No entanto, crise é o desencadeamento psíquico que coloca a pessoa no vazio, em um lugar de interrogação (ALMEIDA et al, 2014). O entendimento que o profissional da saúde tem sobre crise em saúde mental irá refletir diretamente em como assistir tal demanda na Atenção Primária à Saúde.

A crise, em geral, é o determinante das demandas em saúde mental e é um dos fenômenos de maior interrogação entre os profissionais da saúde. Por se tratar de um tema complexo, que carrega consigo as expectativas de uma sociedade e produz um enorme sofrimento no sujeito que a vivencia, e em todos que, de certa forma, a compartilham, deve ser pensada e analisada com cuidado (MARTINS, 2012). Partindo do entendimento que crise em saúde mental é um tema complexo, que perpassa múltiplos atravessamentos, pensou-se em abordar como os enfermeiros agem frente a essas situações, tendo como base de estudo a fala desses profissionais, o relato de suas experiências na ESF.

No cenário de crise em saúde mental os profissionais da ESF são convidados a lidarem com tais demandas, o que por vezes causa estranhamento e dúvidas quanto ao que ações devem ser operacionalizadas junto ao paciente e sua família. Isso desperta o interesse em (re)pensar através das falas destes profissionais, que práticas vem sendo realizadas quando surgem demandas intensas de sofrimento psíquico, que se configuram em crises.

Ressalta-se a relevância da pesquisa em problematizar a realidade dos enfermeiros da ESF, refletindo as ações que operacionalizam frente aos casos de crise em saúde mental. Acredita-se que pesquisas voltadas a essas intervenções podem ser norteadoras para o desenvolvimento de futuras práticas e ações que visem melhorar constantemente o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico. Refletindo que o profissional enfermeiro deve ter manejo e competências para acolher, acompanhar, avaliar e referenciar todas as demandas que surjam na ESF incluindo as de origem psíquica. Com esse trabalho se objetiva refletir as vivências do enfermeiro da ESF frente às urgências em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. O presente trabalho é um recorte da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

O cenário da pesquisa foi à cidade de Araiões, localizada no interior do Estado do Maranhão. De acordo com dados do IBGE (2017) esta cidade possui uma população estimada em 46.074 habitantes. O instrumento utilizado foram entrevistas semiestruturadas previamente elaboradas, aplicadas e gravadas com os participantes. A técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin serviu de base para análise e interpretação das entrevistas.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias, que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O caminho percorrido pela análise de conteúdo, ao longo dos anos, perpassa diversas fontes de dados, como: notícias de jornais, discursos políticos, cartas anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro de 2019, com duração em média de 10 a 20 minutos por entrevista. A população do estudo foi composta por 14 enfermeiros das Unidades da Estratégia de Saúde da Família existentes na cidade de Araiões que fica localizada no interior do estado do MA. Os critérios de exclusão foram: estarem de férias, licença médica ou maternidade e ter no mínimo seis meses trabalhando como enfermeiro da ESF.

O presente trabalho seguiu todas as recomendações éticas referentes a pesquisa envolvendo seres humanos, obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Araiões e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, com o parecer nº 3.082.068. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo a gravação em áudio da entrevista. Na análise de dados os resultados foram codificados para garantir o sigilo das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de adentrar no conteúdo da crise em saúde mental os participantes responderam o questionário sociodemográfico, pelo qual se obteve a idade média dos entrevistados entre 23 e 50, onze deles são do sexo feminino e três do sexo masculino. Dos quatorze enfermeiros, doze possuem pelo menos uma pós-graduação. Nenhum possui mestrado ou doutorado. O tempo de atuação deles na ESF está entre o período de nove meses a quinze anos. Obtido essas informações teve início as questões qualitativas sobre suas vivências com crises em saúde mental na ESF.

Para analisar as respostas obtidas nas entrevistas utilizou-se da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, que coloca que: “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2016). Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2016). Essa técnica permite refletir o conteúdo das narrações presentes nas entrevistas. A técnica de Bardin é dividida em três etapas/fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase da análise de conteúdo se refere à organização do material, na qual ocorre a leitura desse material, que já deve ter sido transcrito. Desse modo as quatorze entrevistas foram transcritas na íntegra e depois lidas, exaustivamente, até que se pudesse avançar para etapa seguinte do método. Salienta-se que na presente pesquisa todas as fases do método de análise do conteúdo foram seguidas de acordo com o rigor técnico das orientações do seu autor. A fase “[...] tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 2016).

Quando perguntado se já havia atendido um paciente que estivesse em crise de saúde mental alguns profissionais interpretaram a pergunta como se a mesma se referisse a chegar à estrutura física da UBS, entretanto a questão visava identificar se no território havia tido algum caso em que o paciente chegasse à unidade ou que necessitasse de visita domiciliar. Nesse sentido uma das entrevistas, inicialmente, afirmou que não havia atendido caso de crise em saúde mental, entretanto ao final relatou que havia ocorrido um caso de surto há aproximadamente quatro meses antes no qual o paciente foi internado devido à crise.

A primeira pergunta da entrevista questionava se na ESF que o enfermeiro trabalha já havia surgido alguma demanda de paciente em crise em saúde mental. Esse item tentava explorar se na área de atuação existia algum caso de paciente em crise, fosse chegando à UBS ou nas visitas domiciliares. Entre os entrevistados cinco deles já assistiram crise em saúde mental, um profissional, inicialmente, relatou não ter atendido, mas ao final da fala apresentou que um paciente de saúde mental precisou ser internado devido seu estado de crise.

As entrevistas obtidas apresentam extenso material para análise, por meio delas existe a possibilidade de desenvolver inúmeras inferências e reflexões sobre as vivências do enfermeiro da ESF frente às urgências em saúde mental e o próprio cuidado em saúde mental pelo enfermeiro da UBS. Desse modo, não se tem a pretensão de esgotar as problematizações, mas sim de despertar novos estudos na área.

A fala dos entrevistados permitiu criar quatro categorias de análise que refletem os principais pontos obtidos pelas narrações. As categorias são: 1 - demandas em saúde mental na ESF, 2 - percepções do enfermeiro da ESF sobre o atendimento às urgências em saúde mental, 3 - ação e reação dos enfermeiros da ESF frente às urgências em saúde mental e 4 - limitações em saúde mental no cotidiano da ESF.

1 - Demandas em saúde mental na ESF

A principal demanda de saúde mental na ESF apresentada pelos enfermeiros se referiu a medicações psicotrópicas. Doze enfermeiros citaram a questão em suas falas o assunto de medicação psicotrópica, sendo que dez deles discorreram sobre medicamento na segunda questão que perguntava sobre quais necessidades faziam o portador de transtorno mental buscar a ESF, sendo a resposta de que entre as principais demandas se fazia recorrente o tema medicações.

Falas que discorrem sobre a medicação:

A maioria dos pacientes que chegam aqui para serem atendidos vem a procura de prescrição médica não é, de receitas. E é a doutora quem faz esse atendimento (Entrevista 12).

“Os principais pacientes que têm com transtornos mentais, as necessidades mais são os medicamentos. Os ansiolíticos, mas eles estão bem... eles fazem o acompanhamento com o Psiquiatra da APAE e tudo” (Entrevista 6).

Os pacientes precisam de tratamento medicamentoso e psicológico, mas o foco da família sempre é o tratamento medicamentoso [...] (Entrevista 14).

A medicalização se apresenta como uma prática recorrente que remete às concepções que permeiam a saúde como doença. Pois, essa se apresenta como uma das práticas mais referidas no âmbito da atenção básica em saúde mental; novamente o olhar da atenção básica se volta para a assistência até mesmo do sofrimento. Pois, se assiste o sofrer através do medicamento (MOLINER; LOPES, 2013). Ratifica-se a importância de que os casos de sofrimento psíquico medicáveis, assim, sejam intervindos, entretanto não se pode simplificar a assistência em saúde mental ao exclusivo uso de psicotrópicos. Existe um leque de possibilidades para cuidar da saúde mental.

Isso reflete a demanda que muitos pacientes e seus familiares somente vão aos serviços de saúde quando necessitam de prescrições medicamentosas, principalmente, quando se refere a psicotrópicos. “Cabe aqui ressaltar que o uso extensivo e indiscriminado dos medicamentos psicotrópicos é prática naturalizada nos serviços de saúde e, em especial, na

Atenção Básica” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Apenas três profissionais não fizeram referência à medicação, estando acordo com o que a literatura científica apresenta de que a busca pela ESF no sofrimento psíquico diz respeito à prescrição de psicotrópicos, sem que se reflita a necessidade de avaliação e acompanhamento multiprofissional. Isso apresenta um imaginário erroneamente construído de que ESF na saúde mental se refere, exclusivamente, a prescrição de medicação para conter um quadro de sinais e sintomas psiquiátricos.

O que se observou nos discursos se encontra nos achados científicos que tratam da saúde mental que refletem o uso dos psicotrópicos, dos diagnósticos psiquiátricos, etc. Como o exposto “nas últimas décadas, o avanço dos processos de abertura manicomial convive com um vertiginoso aprofundamento da disseminação dos psicofármacos e do discurso da medicalização da sociedade, relacionado à hiperinflamação diagnóstica, à renovação da indústria da doença e ao recrudescimento dos interesses manicomializantes” (AMARANTE; TORRE, 2017).

Salienta-se que nos atendimentos em saúde mental para se distanciar da exclusividade da medicalização uma alternativa seria que a equipe tivesse fundamentação teórica sobre sofrimento psíquico, entretanto poucos profissionais da ESF apresentam formação nessa área. Em especial o médico da ESF atende como generalista, um clínico geral. “Na UBS tradicional, como alternativa à ausência de profissionais de saúde de referência, existe um médico que presta assistência em ‘saúde’ mental”⁶ (HIRDES; SILVA, 2017, tradução nossa).

O comportamento agressivo representa um importante desafio na psiquiatria e está presente na apresentação clínica de diversos quadros psiquiátricos e, também, em condições causadas por alterações orgânicas (VEDANA, 2016). Corroborando com isso a segunda demanda mais citada por quatro enfermeiros foi à agressividade, sendo relatada com esse termo ou por meio da descrição casos. A avaliação do potencial de agressividade na crise permite tentar diminuir o risco de autoagressão ou agressão a terceiros. Salientando que a crise não está diretamente associada à agressividade, a avaliação nesse caso deve observar também outros sinais e sintomas. Na intervenção na crise deve-se tentar identificar a existência do risco à vida. “Embora a agitação psicomotora seja considerada um sinal de indício ou risco de comportamento agressivo ela não pode ser confundida com a agressividade e não justifica o uso de intervenções restritivas e coercivas” (VEDANA, 2016).

⁶ Texto original: In traditional UBS, as an alternative to the absence of reference health professional, there is a physician who provides “mental health” care.

A psicose foi outra demanda relatada pelos profissionais. Quatro verbalizaram casos já identificados como esquizofrenia e outros dois verbalizaram o que se podem inferir como, também, quadros psicóticos. Algumas falas que ilustram essa afirmação sobre esquizofrenia:

É... na minha unidade a gente tem alguns casos só que um é o mais próximo, que é o do lado que é um caso de esquizofrenia (Entrevista 1).

Aqui no município nós temos esquizofrenia [...] (Entrevista 4).

[...] o médico prescreveu as medicações na APAE, ele teve uma consulta na APAE, esquizofrenia e ele precisou entrar com as medicações [...] (Entrevista 3).

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum. Sua prevalência é de aproximadamente 1 para cada 100 pessoas (1%) na população geral (JABLENSKY, 1995 apud FLORIANÓPOLIS, 2010). A esquizofrenia talvez seja a doença mais enigmática e trágica tratada pelos psiquiatras e, também, mais devastadora. É uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos (HALES; YUDOFISKY, 2006). Além desse transtorno os entrevistados, também, citados apresentam casos de: ansiedade, transtorno bipolar e o uso de substâncias psicoativas. Nas falas identificou-se que o município possui muitos casos de sofrimento psíquico que necessitam de serviços, instituições e profissionais especializados.

Cabe salientar que embora ao longo da coleta de informações muitos dos entrevistados se detiveram a relatar, exclusivamente, a crise psicótica, a pesquisa não tratava somente dessa crise, mas da crise em saúde mental, que pode ou não ter referência com uma crise psicótica. Para fundamentação teórica parte-se de uma noção ampliada de crise que pensa para além da manifestação do momento da crise, tem como ponto de partida refletir o ápice de um sofrimento psíquico.

Uma crise em saúde mental pode se manifestar em qualquer indivíduo. Tal crise incide de uma desorganização psíquica que pode ou não se configurar como um transtorno mental, diz respeito a uma desordem mental intensa decorrente de uma agudização do sofrimento psíquico. Nesse momento, surge a necessidade da realização do diagnóstico diferencial. “A principal tarefa no diagnóstico diferencial envolve separar a esquizofrenia de transtornos esquizoafetivo, do humor com características psicóticas, delirante ou da personalidade” (HALES; YUDOFISKY, 2006).

2 - Percepções do enfermeiro da ESF sobre o atendimento às urgências em saúde mental

As percepções em grande parte das falas emergiram no questionamento de considerar-se apto e/ou satisfeito frente à necessidade de assistir a crise em saúde mental,

nesse momento relataram como se percebiam em relação a essa crise. Alguns narraram sentir-se incapaz, outros percebiam aptos dentro das suas possibilidades. Um verbalizou gostar da área, gostar “*desses pacientes*”. Três entrevistados afirmaram não estarem aptos, surgiu o sentimento de medo. Seis enfermeiros se afirmaram se considerarem aptos. Alguns que não vivenciaram essa situação falaram que não saberiam o que fazer. Nos outros não se julgaram aptos ou não, mas que tentariam dentro das possibilidades pessoais, profissionais e institucionais assistirem uma crise em saúde mental.

Algumas falas que ilustram o exposto.

[...]. E às vezes a gente se sente incapaz de não poder saber lidar com essas situações (Entrevista 1).

[...]. E a gente enquanto Estratégia Saúde da Família fica de mãos atadas sem saber o que fazer, porque a gente não dispõe no município de um serviço de atenção psicossocial [...] (Entrevista 8).

[...]. É assim meio esquisito (risos), como que a gente vai lidar, como que a gente vai fazer. É muito ruim, a gente fica com medo e ao mesmo tempo a gente tenta ajudar e não sabe como (Entrevistado 1).

Acredito que não esteja preparado 100%. A gente desenrola no básico, sempre tentando manter a calma (Entrevista 14).

Bom eu nunca presenciei um surto e admito que eu não saberia como reagir por não possuir nenhuma experiência com o caso, uma especialização ou um preparo institucional (Entrevista 13).

Sim me considero preparada e eu atribuo isso como um preparo pessoal, um preparo psicológico (Entrevista 9).

Não me sinto apta a realizar esse atendimento, porque é uma área que não me identifico. E relaciono mais a um preparo pessoal mesmo (Entrevista 12).

A maneira como os profissionais percebem a crise influencia no tratamento oferecido, na forma como o usuário é recebido e tratado pelo serviço. Se a crise é percebida apenas como um estado de agudez dos sintomas psiquiátricos, e o sujeito é avaliado a partir do seu comportamento, não se abre possibilidades para outros tratamentos que levem em consideração toda a complexidade de relações que está por detrás da crise, que a constitui e mantém (MARTINS, 2012). Essa percepção exige do enfermeiro um posicionamento de saberes e práticas que possam auxiliar na crise de saúde mental, intervindo e avaliando o quadro clínico para, posteriormente, referenciar o paciente para os serviços especializados. A percepção, também, convida a reflexão de como o profissional se visualiza nessa atuação.

A crise pode advir de uma situação imprevisível; doença, desemprego e morte; e/ou previsível: como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos e externos ao organismo (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Esse entendimento teórico acerca do que seja uma crise em saúde mental se faz primordial para que o enfermeiro tenha subsídios científicos para pensar intervenções nessa situação. Quanto mais embasamento teórico do assunto o profissional tenha mais qualificado será para agir na crise em saúde mental.

Pode-se observar receio quanto assunto, a mesma afirma que a saúde mental representa uma demanda a qual não sente afinidade. A não identificação com uma área pode configurar uma barreira para desenvolver ações e práticas junto aos usuários do serviço que apresente tais demandas. Entretanto, essa barreira representa uma limitação passível de ser trabalhado, nesses casos se pode acionar outros profissionais como a equipe do NASF para dá suporte aos casos de saúde mental. Nesse sentido seis dos entrevistados expressaram abertamente não se considerar apto, preparado para assistir um caso de crise em saúde mental. Outros enfermeiros responderam que por não ter vivenciado a situação não saberiam falar sobre o assunto.

3 - Ação e reação dos enfermeiros da ESF frente às urgências em saúde mental

Tratar da categoria de ação e reação remete a pensar que entendimentos acerca da saúde mental o profissional possui. Esse conhecimento serve de apoio para as intervenções em crise, considerando que todo fazer em saúde mental diz respeito a um novo. “É tarefa de todo profissional de saúde deixar-se surpreender pelas pessoas que acolhem a cada dia, oferecendo intervenções que se constroem a partir do contado com o paciente. Isso não significa que o tratamento do sujeito em crise deva se basear unicamente na experiência cotidiana e no imprevisto do momento, mas sim estar aberto ao inesperado, à singularidade de cada paciente” (MARTINS, 2012). O não conhecimento sobre determinada área se refere a encaminhar o caso para que outro profissional ou serviço possa assistir a demanda.

Um dos entrevistados relatou ter entrado em contato com a família do paciente

[...]. Como a gente não tem outra forma de lidar com o paciente no posto foi tentar acalmá-lo e chamar a família (Entrevista 1).

Seis enfermeiros verbalizaram em algum momento a palavra família. Alguns afirmaram a relevância da família no acompanhamento do paciente em sofrimento psíquico.

Isso pode refletir a necessidade do profissional enfermeiro em acolher e assistir, também, a família do paciente. “O acolhimento da família pode favorecer os resultados finais do atendimento emergencial e a continuidade do tratamento do cliente” (VEDANA, 2016). Principalmente, no momento de crise são os familiares que podem auxiliar os profissionais a conseguirem informações essenciais para o atendimento em crise. “A família e os indivíduos que convivem com o cliente facilitam a obtenção de informações relevantes e recursos de apoio para o cliente” (VEDANA, 2016).

Dois enfermeiros verbalizaram como uma das suas ações quando em crise em saúde mental que referenciaram o paciente para outros serviços. Um relatou que na crise:

[...] nos encaminhamos o paciente para São Luís, ele vai sedado (Entrevista 3). E outro colocou que *[...] foi encaminhado para o serviço de Psiquiatria* (Entrevista 6).

Ao longo das entrevistas surgiu como principal ação/reação referenciar o paciente para os serviços de urgência, os quais foram identificados como um hospital localizado em uma cidade vizinha do estado do Piauí, que possui uma ala psiquiátrica e um hospital psiquiátrico na cidade de São Luís, que pouco é acionado devido sua distância geográfica.

Especificamente, na abordagem dos casos de saúde mental o foco tende a ser o desequilíbrio psíquico demarcado pelos comportamentos não comuns à vida. Os transtornos e seus níveis de gravidade entornam o atendimento, segundo o qual tais sintomas assumem uma ordem de resolução ou encaminhamento. Sumariamente, as ações são voltadas para a manutenção do equilíbrio, se o caso for leve; ou, para o encaminhamento direto a serviços especializados, tais como o CAPS, para casos moderados ou graves (PINTO et al, 2012).

O CAPS se configura como porta de entrada dos serviços de saúde mental. Os CAPS’s “são serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização o do frágil modelo ambulatorial (que consiste em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica)” (AMARANTE; NUNES, 2018).

Os casos de saúde mental costumam ser atendidos, diretamente, pelos serviços e profissionais especializados sem passar pela porta de entrada da saúde pública no país a ESF. Particularmente, quando se manifesta um caso de crise em saúde mental muitos dos profissionais da ESF têm o imaginário construído que o mesmo e sua família devem diretamente buscar os serviços de urgência, entretanto a ESF pode realizar uma avaliação e elaborar uma referência narrando brevemente o histórico do paciente. Junto aos entrevistados ação e reação mais comum estão de acordo com os achados científicos que apresentam o encaminhamento nesses casos como o mais comum.

Tanto no serviço especializado como na ESF, inicialmente, o paciente deve ser acolhido, escutado e avaliado para mediante a situação realizar os devidos encaminhamentos junto as Redes de Saúde. “No CAPS e a ESF, a triagem da demanda tenta equalizar o fluxo entre chegada, a permanência e a saída do usuário dentro do serviço. Este processo, denominado de acolhimento, enfatiza uma escuta qualificada, mas com foco na situação clínica e na sua gravidade para resolução e/ou encaminhamento” (PINTO et al, 2012). Em todos os pontos de atenção da rede deve-se acolher e orientar o usuário e sua família, apresentando qual o melhor caminho percorrer dentro dos serviços de saúde. Também, se destacaram o manter a calma na situação e tentar acalmar o paciente estabelecendo confiança com ele. Apenas um profissional verbalizou a ação de tentar se afastar desses casos.

Três profissionais relataram como ação/reação na crise que tentaram acalmar o paciente, dois deles expressaram a importância de conversar com o paciente, expressando a postura de acolhimento com escuta qualificada durante a avaliação da crise. Como exposto na fala *Eu tentei manter a calma em primeiro lugar e conversar com o paciente, [...] (Entrevista 14).* Deve-se atentar que na crise ocorre uma cisão na *psiquê* do sujeito, “as alterações no estado mental do cliente podem dificultar a comunicação. Assim, o profissional deve se expressar com clareza, evitar expressões ambíguas, abstrações, bem como utilizar perguntas e respostas claras e diretas” (VEDANA, 2016). Acalmar o paciente é uma prática de humanização no que se refere a cuidar do outro. Conversar com o paciente permite ao enfermeiro identificar elementos como alucinações e delírios, avaliar o potencial de autoagressão e de agressão a terceiros, bem como, também, questiona a família sobre alguns pontos relevantes para elaboração do encaminhamento para urgência.

Dois enfermeiros que não haviam vivenciado situação de crise, também, colocaram que se vier a ocorrer sua ação será encaminhar para o hospital municipal. Esse encaminhar representa um fluxo que existe entre ESF e hospital municipal nos casos de crise em saúde mental. O paciente é deslocado pela ambulância até uma cidade vizinha, sendo que antes realizado a contenção química e física, para que, então medicado ele possa ser encaminhado um hospital geral ou, diretamente, a ala psiquiátrica de outro hospital no estado vizinho.

De modo geral, a principal ação/reação do enfermeiro em casos de surto em saúde mental é a de referenciar o paciente ao hospital, sendo que a família relata o caso e o profissional orienta a chamar a ambulância e encaminhar para cidade vizinha, sem avaliar a situação ou o paciente. A família ou responsável pelo paciente em surto em 90% dos casos não busca a ESF entra em contato, diretamente, com a ambulância e com policiais e/ou guarda municipal para que esses realizem uma contenção física. Também, foi relatado que em alguns

casos o enfermeiro da ESF é convocado a realizar juntamente com o técnico de Enfermagem a contenção química. “A contenção química consiste na utilização de fármacos para impedir comportamentos destrutivos” (MANTOVANI et al, 2012 apud VEDANA, 2016).

Nos casos os quais o paciente necessita de contenção química foi observada e relatada à presença de policiais que interviam coercitivamente devido à agressividade do sujeito em surto. Salienta-se que a intervenção da contenção física comumente associada à crise só deve ser realizada quando extremamente necessário. “É uma intervenção coercitiva usualmente permitida somente quando justificada pelo risco apresentado” (PERKINS et al, 2012 apud VEDANA, 2016). Se não apresentar riscos não se deve realizar tal contenção.

4 - Limitações em saúde mental no cotidiano da ESF

Os profissionais apresentaram como limitação a ausência de serviços psicossociais, a ausência de fluxo de encaminhamento dos pacientes em saúde mental, o que provoca dúvidas aos enfermeiros quanto a que caminhos seguir. Isso se pode observar nessa fala:

Às vezes a gente não sabe como reagir, a gente não sabe a quem chamar. E até no nosso ambiente de trabalho a gente não tem um fluxo de enviar esses pacientes, a gente não sabe o que fazer no caso de um paciente surtar, estar surtando saber o que a gente faz, a gente fica de mãos atadas... É bastante chato (Entrevista 1).

Um dos elementos apresentados como limitação se refere ao fato do município não possuir um Centro de Atenção Psicossocial e nem um Psiquiatra que atenda regularmente no município.

Alguns enfermeiros apresentaram como limitação a ausência de equipes multiprofissionais para lidarem com as demandas em saúde mental. Em relação a tal limitação a fala que mais expressa à ideia nesse aspecto é a seguinte fala:

O assim eu acho que a necessidade maior seria de um acompanhamento multidisciplinar não é. Nós aqui no município não possuímos um serviço de atenção psicossocial. A gente não dispõe de psiquiatra fixo no posto, nenhum posto desculpe, mas assim nesse município que atende a demanda e que é muito grande acho que a maior necessidade seria uma equipe multiprofissional, psicólogo, terapeuta, psiquiatra que pudesse trabalhar mais diretamente junto às unidades básicas de saúde com esses pacientes, porque a gente tem NASF, mas o NASF só tem uma psicóloga, só uma equipe do NASF, só uma psicóloga para acompanhar dezessete equipes, o que torna inviável esse acompanhamento mais qualitativo, esse acompanhamento mais eficaz (Entrevista 8).

Essa entrevista, como em outras, salienta a relevância e vazio existencial que a não existência de um CAPS repercute na saúde mental de um município de grande porte e que apresenta muitos casos de transtornos mentais, os quais não possuem serviços e instituições especializadas em saúde mental. A possibilidade de articular e (re)pensar cuidados e assistências em saúde mental precisa de um local de suporte, que não, necessariamente, se refere a estrutura física. Como os autores colocam: “não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui, tecido como estratégia em rede. Ou seja, o cuidado se faz em rede e em um lugar” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

A ausência de um serviço como o CAPS dificulta o atendimento e o acompanhamento dos casos de sofrimento psíquico em especial os quadros de transtornos mentais graves e persistentes. A partir das falas pode-se pensar que a implementação de um CAPS com todas as suas especificidades seria um instrumento potencializar dos cuidados em saúde mental e que em parceria com a ESF seria possível pensar estratégias de trabalhar a iminência do desencadeamento de crises em saúde mental no município. Partindo do entendimento que as Atenções Primária, Secundária e Terciária trabalham em rede e a existência de um serviço especializado fortalece os cuidados e assistência em saúde.

A fala seguinte reflete sobre o CAPS e os fluxos de encaminhamento:

E Araisos não tem suporte ainda, uma referência para gente está se deparando com essa situação, porque não existe assim uma hierarquização do profissional da Atenção Primária de está regulando ele para um CAPS. Porque o ideal era que no município houvesse um CAPS para gente está regulando esse paciente (Entrevista 3).

Outra limitação se refere à questão de Educação Permanente na qual foi relatado que enquanto trabalhando na ESF não receberam nenhuma capacitação ou treinamento que discutisse saúde mental. Nesse sentido cinco enfermeiros em algum momento discorreram sobre a necessidade de atividades de educação que trabalhe a temática da saúde mental. Em outras falas, também, se pode inferir a necessidade de capacitações para problematizar e potencializar instrumentos e ações que auxiliem os enfermeiros na atuação frente às situações de crise em saúde mental. Alguns relatos que verbalizaram a necessidade de educação permanente sobre saúde mental:

[...]. Dos cinco anos que estou na atenção básica nunca aconteceu uma capacitação na área de saúde mental o que eu adquiri sobre o assunto foi na faculdade e experiência nesses cinco anos [...] (Entrevista 3).

[...] eu não saberia como reagir por não possuir nenhuma experiência com o caso, uma especialização ou um preparo institucional (Entrevista 13).

[...] E a questão institucional também é porque não tem suporte, não é para fazer esse tipo de atendimento aqui (Entrevista 12).

[...] eu estou aqui desde 2016 e nunca houve nenhuma espécie de oficina, de treinamento, direcionado a esse aspecto aqui no município que é muito necessário, [...] (Entrevista 8).

[...]. E tenho experiência com paciente psiquiátrico então acredito que se acontecer aqui na ESF eu tenho como está tendo algum manejo. Não vai ser tanto preparo por conta do suporte que a gente não tem aqui, mas está sabendo orientar, ter o primeiro atendimento acredito que sim (Entrevista 5).

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (BRASIL, 2009). As falas sobre capacitação deixam transparecer a relevância dessas atividades e como podem potencializar os cuidados e a assistência aos usuários dos serviços e seus familiares.

Como limitação os enfermeiros se referiram a questões institucionais, tanto relatando a inexistência de educação permanente que abordasse a temática como em relação à ausência de serviços especializados. O vazio assistencial inviabiliza um suporte para atuação da ESF frente à crise em saúde mental que exige cuidados de urgência.

Foi relatado que as ESF não possuem medicação específica para contenção medicamentosa caso surja uma crise e se tivesse a disposição essa medicação existiria a dificuldade em ter um profissional médico para prescrevê-la. Nos dois casos que se pode acompanhar quando se manifestou a crise em saúde mental que necessitava de intervenção química de urgência os profissionais da ESF entraram em contato com a secretaria de saúde municipal relatando o caso e no hospital municipal receberam a prescrição e a medicação a qual o enfermeiro ou técnico administrou a medicação no paciente.

CONCLUSÃO

Na realidade estudada a principal ação do enfermeiro da ESF frente os casos de crise em saúde mental é referenciar o paciente para o serviço hospitalar do município para contenção física e química, em seguida o mesmo é transferido para o estado vizinho no qual dá entrada em um hospital geral para ser avaliado e referenciado para outro hospital que possui um setor psiquiátrico.

Dos entrevistados apenas seis expressaram não se considerar aptos a assistir um caso de crise em saúde mental enquanto enfermeiro da ESF. A demanda que mais leva o paciente de saúde mental e/ou sua família a ESF se refere à solicitação da prescrição de medicação psicotrópica. Nesse ponto, se deve atentar para que a medicação não represente a única forma de cuidar da saúde mental na ESF, que possam ser pensadas e trabalhadas, também, outras práticas e modos de atender e assistir o sofrimento psíquico.

A atual organização dos cuidados em saúde mental fragiliza o atendimento e assistência ao sofrimento psíquico. A ausência de serviços especializados, também, interfere fragilizando o acompanhamento da ESF nesses casos, o que pode representar um dos fatores da incidência e prevalência dos casos de crise em saúde mental no município. Atividades de educação permanente, que abordem a saúde mental, podem (re)pensar nortes de que caminhos a ESF seguir nos casos de intenso sofrimento psíquico que culmine em crise. Salientando que se deve atentar para os vazios assistenciais na saúde e elaborar estratégias que tentem minimizar a iniquidade voltada as demandas de saúde mental. Esse vazio assistencial no município estudado se refere a um Centro de Atenção Psicossocial.

A possibilidade de ouvir os enfermeiros da ESF permitiu estabelecer inferências de como ele se percebe no seu fazer profissional quando surgem pacientes em crise de saúde mental. Podem-se identificar algumas ações no momento dessa crise, dialogando com a literatura científica na área. Nesse contexto o enfermeiro é um dos profissionais de nível superior quem primeiro acolhe, avalia e orienta em como proceder nessa situação.

A pesquisa não tem a pretensão de esgotar as reflexões. Ela vem apresentar a partir da fala do enfermeiro como esse lida com a crise em saúde mental na ESF. Tem-se o anseio que o presente trabalho possa ser instrumento norteador e instigador de novas reflexões e pesquisas sobre a temática. E, que a partir dele novos olhares que possam desenvolver constantes melhorias no acompanhamento do sofrimento psíquico. Que a ESF seja território existencial do cuidar integral daquele que necessitar de seus serviços e profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A; B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.
2. AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. **Loucura e diversidade cultural; inovação e ruptura as experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil**, v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-21-63-0763.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.
3. AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/>>. Acesso em jul. 2019.
4. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimp. da 1ª ed. De 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:<file:///C:/Users/Elzalina%20Santos/Pictures/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.
6. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

7. FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: Ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, vol. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf> >. Acesso em: 20 ago. 2019.
8. FLORIONÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf >. Acesso em: 14 out. 2018.
9. HALES, R; E.; YUDOFISKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. pdf >. Acesso em: 14 out. 2018.
10. HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors. **Revista Estudos em Psicologia**, vol. 34, n. 4, p. 499-511. 2017. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n4/1982-0275-estpsi-34-04-00499.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.
11. IBGE. Disponível em: <
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/maranhao/araioses.pdf> >. Acesso em: 24 mai. 2018
12. MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.
13. MARTINS, A. G. **A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Minas Gerais, 2017. Disponível em:<

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-984J8V/dissertacao_aline_para_a_biblioteca.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 mar. 2019.

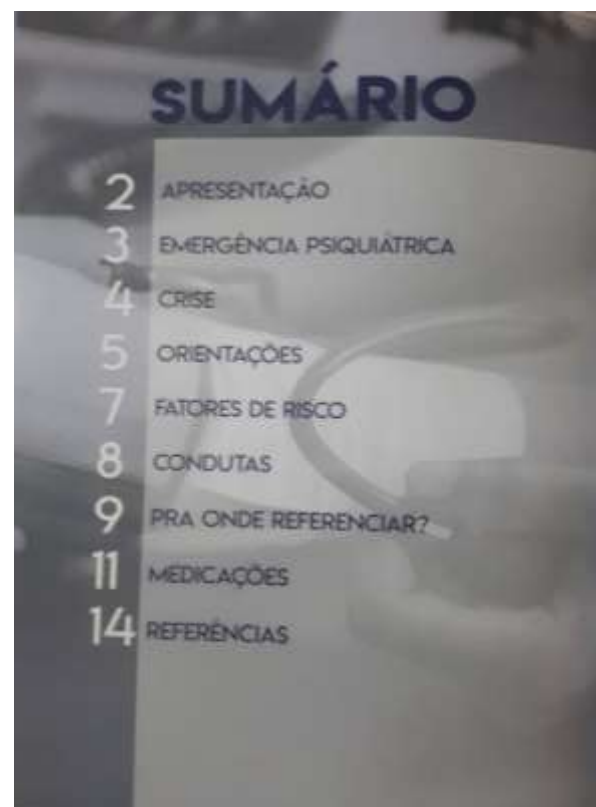
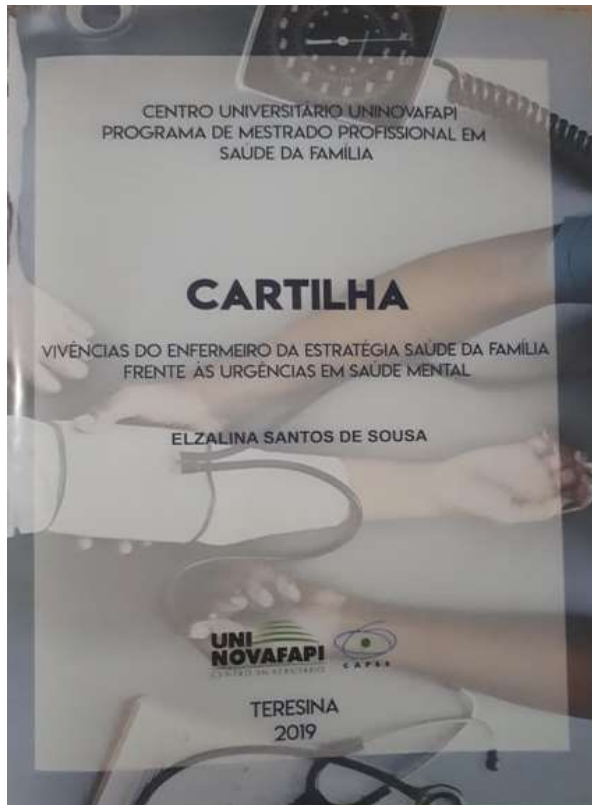
14. PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/653-660/pt> >. Acesso em: 20 ago. 2019.

15. SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Elzalina%20Santos/Downloads/2113-7552-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

16. VEDANA, K. G. G. **Urgências e Emergências Psiquiátricas, 2016**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4519539/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%C3%81TRICAS%202016.pdf > . Acesso em: 05 abr. 2019.

17. YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

4.2 PRODUTO - CARTILHA SOBRE AS VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL



APRESENTAÇÃO

N O CENÁRIO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL, OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO CONVIDADOS A LIDAR COM TAIS DEMANDAS, O QUE POR VEZES CAUSA ESTRANHAMENTO E DÚVIDAS QUANTO AO QUE AÇÕES DEVEM SER OPERACIONALIZADAS JUNTO AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA. ISSO DESPERTA O INTERESSE EM (RE)PENSAR ATRAVÉS DAS FALAS DESTES PROFISSIONAIS QUE PRÁTICAS ELES DEVEM REALIZAR QUANDO SURTEM DEMANDAS INTENSAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO. ESSA CARTILHA TEM POR OBJETIVO SE CONFIGURAR COMO NORTEADORA, UMA FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO APRESENTANDO ALGUMAS POSSIBILIDADES DE MANEJOS E INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL.

2

EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

C ARACTERIZA-SE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA QUALQUER ALTERAÇÃO DE PENSAMENTO OU DO COMPORTAMENTO QUE NECESSITE DE ATENDIMENTO IMEDIATO, DEVIDO A RISCO PARA O PACIENTE OU PARA OUTROS. OS CASOS POTENCIAIS DE DESENVOLVEREM TAIS QUADROS TAMBÉM DEVEM SER AVALIADOS COM CUIDADO. A PRIORIDADE DE ATENDIMENTO É DESCOBRIR A CAUSA BÁSICA E TRATÁ-LA, ALÉM DE CONTER A ATITUDE AMEAÇADORA. (FLORIANÓPOLIS, 2001)

3

CRISE

A CRISE COMO UMA EXPERIÊNCIA DA VIDA HUMANA É PERMEADA PELA NECESSIDADE DE UM CUIDADO PROFISSIONAL IMEDIATO Pautado em conhecimento teórico-prático e vinculado a um modelo, para responder a pessoa em crise, coerente com os processos transformadores que impactam a prática interdisciplinar profissional e alinhado às atuais políticas públicas de saúde mental. (ALMEIDA ET AL, 2014). A CONCEPÇÃO DE CRISE É POLISSÊMICA. ISTO PORQUE, A APROPRIAÇÃO CONCEITUAL E CONTEXTUAL, OFERTAM DIFERENTES SENTIDOS CLÍNICOS, HISTÓRICOS E SOCIAIS. NO ENTANTO, CRISE É O DESENCADEAMENTO PSÍQUICO QUE COLOCA A PESSOA NO VAZIO, EM UM LUGAR DE INTERROGAÇÃO (ALMEIDA ET AL, 2014). ESSA CRISE EM SAÚDE MENTAL É POPULARMENTE CHAMADA DE CRISE E CORRESPONDE A URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.

4

ORIENTAÇÕES

N O CONTATO DO PROFISSIONAL COM O PACIENTE EM SURTO SE FAZ NECESSÁRIA A PRESENÇA DE PELO MENOS DOIS PROFISSIONAIS QUE INICIALMENTE IRÃO AVALIAR O POTENCIAL DE PERICULOSIDADE DO PACIENTE PARA CONSIGO, PARA AS DEMAIS PESSOAS EM SEU ENTORNO E PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM O ATENDIMENTO. É RECOMENDADO QUE OS PROFISSIONAIS DO NASF TAMBÉM POSSAM SE FAZER PRESENTE NESSE MOMENTO EM ESPECIAL OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL E/OU COM EXPERIÊNCIA NESTE MANEJO. APÓS A AVALIAÇÃO O PACIENTE SERÁ REFERENCIADO PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA EM SAÚDE, E SUA FAMÍLIA SERÁ ORIENTADO QUANTO À CONDUITA A SER REALIZADA E OS CUIDADOS PÓS-SURTO E ALTA MÉDICA.

5

ORIENTAÇÕES

OS PROFISSIONAIS DA ESF QUE IRÃO REALIZAR O ATENDIMENTO E AVALIAÇÃO EM SURTO DEVEM TENTAR TRANSPARECER CONFIANÇA PARTINDO DE UMA POSTURA ÉTICA, SALIENTA-SE QUE INICIALMENTE SE AVALIA A SITUAÇÃO EM SI E A POSSIBILIDADE DE RISCO EMINENTE À VIDA DO PROFISSIONAL DOS INDIVÍDUOS NO ENTORNO E DO PRÓPRIO PACIENTE. QUANDO JULGADO A EXISTÊNCIA DESSE RISCO É RECOMENDADO QUE A EQUIPE DE SAÚDE BUSQUE AUXÍLIO DE OUTROS PROFISSIONAIS COMO, POR EXEMPLO, POLÍCIA, SAMU, BOMBEIROS, ETC.

É RECOMENDADO QUE OS PROFISSIONAIS TENTEM MANTER A CALMA E ACALMAR OS FAMILIARES. O MESMO DEVE SENTIR-SE SEGURO PARA REALIZAR ESSE ATENDIMENTO. MEDO OU DESCONFIANÇA NESSE ATENDIMENTO PODERÃO INFLUENCIAR NEGATIVAMENTE A AVALIAÇÃO DO PACIENTE E DA SITUAÇÃO.

CONTENÇÕES FÍSICAS E MECÂNICAS DEVEM SER EVITADAS, SENDO UTILIZADAS APENAS COMO ÚLTIMO RECURSO.

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO DEVEM PERPASSAR TODO O ACOULHIMENTO AOS FAMILIARES E PACIENTE.

6

FATORES DE RISCO

DE ACORDO COM O PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE COLOMBO (2011) NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL SE DEVE ATENTAR PARA EXISTÊNCIA DE FATORES DE RISCO QUE SÃO:

- IDADE: ADOLESCENTES E JOVENS (15 A 25 ANOS);
- BAIXO NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO;
- MAIOR TAXA DE RE-HOSPITALIZAÇÃO;
- COMORBIDADE COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL;
- HISTÓRICO DE ATO VIOLENTO, ASSALTO, PRISÕES, VÍTIMAS DE VIOLENÇA NA INFÂNCIA;
- PSICOLÓGICOS: BAIXA TOLERÂNCIA ÀS FRUSTRAÇÕES, BAIXA AUTOESTIMA, BAIXA TOLERÂNCIA ÀS RELAÇÕES PRÓXIMAS, TENDÊNCIA A MECANISMOS DE DESOCIAÇÃO E PROJEÇÃO.

7

CONDUTAS

O PROFISSIONAL DEVE AVALIAR A EXISTÊNCIA DE IDEIAÇÕES E/OU COMPORTAMENTOS SUICIDAS DE ACORDO COM A FALA DOS INDIVÍDUOS QUE CONVIVEM COM O PACIENTE E COM A FALA E COMPORTAMENTO DO PACIENTE.

ATENTAR PARA O PERÍODO DE INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS DA CRISE.

INDAGAR OS FAMILIARES OU AQUELES QUE RESIDEM COM O PACIENTE SOBRE A EXISTÊNCIA DE OUTROS FAMILIARES QUE APRESENTAM ALGUMA PSICOPATOLOGIA, DEVE-SE TAMBÉM QUESTIONAR SOBRE A POSSIBILIDADE DO PACIENTE FAZER USO DE ALCOOL OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.

QUANDO REFERENCIADO À EQUIPE QUE REALIZOU ESSE ATENDIMENTO DEVE ELABORAR UMA REFERÊNCIA QUE CONSTE O QUE FOI OBSERVADO E AVALIADO DURANTE A CRISE PARA OS DEBATES SERVIÇOS POSSAM MELHOR EFETUAR UM ACOULHIMENTO E CONDUTA SEMPRE EM SURTO A CONDUTA DEVE SER REFERENCIAR O PACIENTE, MESMO NOS CASOS NOS QUAIS O PROFISSIONAL DA ESF FAÇA A ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO EM CASA, LOGO APÓS DEVE REFERENCIAR.

APÓS A ALTA HOSPITALAR SE DEVE LEMBRAR QUE OS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS ATENDEM OS CASOS DE TRANSTORNO MENTAL SEVERO E PERSISTENTES E EM PARCERIA COM AS ESF, SENDO DE RESPONSABILIDADE DA ESF O ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS DEBATES TRANSTORNOS MENTAIS E MESMOS QUADROS GRAVES A ESF TAMBÉM DEVE REALIZAR O CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA, NESTA SITUAÇÃO ESF E CAPS ACOMPANHAM O CASO.

8

PARA ONDE REFERENCIAR NÍVEL MUNICIPAL - ARAIOSES



9



MEDICAÇÕES

QUANTO AO USO DE MEDICAÇÕES PSICÓTICAS OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DEVEM PROBLEMATIZAR E EFETUAR ESTRATÉGIAS PARA A ADESAO DO TRATAMENTO, BEM COMO ATENTAR PARA OS SEGUINTE ASPECTOS:

- ▶ INDICAÇÕES;
- ▶ DISPONIBILIDADE;
- ▶ PERFIL DE EFEITOS COLATERAIS;
- ▶ DOSES MÍNIMAS;
- ▶ MÉDIAS E MÁXIMAS;
- ▶ TEMPO MÍNIMO PARA EFEITO CLÍNICO;
- ▶ TEMPO DE MANUTENÇÃO.

11

MEDICAÇÕES

NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO É NECESSÁRIO CONSIDERAR:

- ▶ A IDADE DO PACIENTE
- ▶ QUANDO SE REFERIR A UM QUADRO DE PSICOSE DEVE-SE INICIAR O ESQUEMA DE MEDICAÇÃO COM O USO APENAS DE UM ANTIPSICÓTICO;
- ▶ COMEÇAR COM DOSES BAIXAS E GRADUATIVAMENTE AUMENTÁ-LA
- ▶ ACOMPANHAR DE MODO CONTINUADO O USO DA MEDICAÇÃO E OBSERVAR REAÇÕES ADVERSAS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS.

12

MEDICAÇÕES

DE ACORDO COM O PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL (2017) SEGUE A ORIENTAÇÃO GERAL PARA ADULTO, QUANDO POSSÍVEL A MEDICAÇÃO DEVE SER VIA ORAL.

VIA ORAL:

CLONAZEPAM - GOTAS 25/ML (1 GOTAS = 0,1MG) FAZER 40 A 60 GOTAS +

HALOPERIDOL - GOTAS 20MG/ML (1 GOTAS = 0,1MG) FAZER 50 A 100 GOTAS

MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR:

HALOPERIDOL 1 AMPOLA (1ML5MG) + PROMETAZINA 1 AMPOLA (2ML50MG) OU

HALOPERIDOL 1 AMPOLA (1ML5MG) + MIDAZOLAM 1 AMPOLA (3ML15MG).

(CASO NÃO OCORRA A SEDAÇÃO PODE SE REPETIR APÓS 40 MIN A ADMINISTRAÇÃO)

13

REFERÊNCIAS

- COLOMBO: Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Protocolo Municipal de Atenção à Saúde Mental. Colombo, 2011. Disponível em: < <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/Protocolo-revisado-e-com-indice-atualizado-saude-mental.pdf> >. Acesso em: 14 out. 2018.
- FLORIANÓPOLIS: Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c15ed417f.pdf >. Acesso em: 14 out. 2018.
- SÃO LUIS: Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Mental do Estado do Maranhão. Protocolo clínico de urgência e emergência em saúde mental. São Luis, 2017.
- SOUZA, M.L.P.; THIELSEN, J. Transtornos Mentais Graves e Persistentes - TMGP. São Luis: UNA-SUS, 2017.



ENDEREÇO: RUA VITORINO ORTHIGES FERNANDES, 623 - URUGUAÍ,
TERESINA - PI, 64073-505.
E-MAIL: SECMESTRADO@UNINOVAFAP.EDU.BR
TELEFONES: (086) 2106-0700, FAX: (086) 2106-0740.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo problematizou as vivências do enfermeiro da ESF frente as urgência em saúde mental partindo das falas desses profissionais, bem como o instigou a (re)pensar sobre a crise em saúde mental, sobre as Redes de Atenção à Saúde e acerca da assistência ofertada aos pacientes em sofrimento psíquico. Nessa crise o enfermeiro é um dos primeiros profissionais de nível superior que acolhe, avalia e orienta no atendimento e assistência nessa situação.

A principal ação do enfermeiro na crise em saúde mental é referenciar. Ocorre à contenção química e/ou física na qual o enfermeiro é convidado a realizar a contenção química utilizando a prescrição médica do profissional da ESF ou do hospital. Em seguida o paciente é transferido para o Estado vizinho sendo avaliado em um hospital e transferido para o setor Psiquiátrico de outro hospital.

A demanda em saúde mental que mais leva a ESF é a prescrição medicamentosa. Deve-se atentar que a medicação não representa a única forma de cuidar em saúde mental, que sejam pensadas e trabalhadas também outras práticas e modos de assistir o sofrimento psíquico para além da medicalização. Quando possível que seja realizado o desmame pelas equipes que acompanhem o caso.

A ausência de uma organização dos serviços fragiliza os cuidados em saúde mental. A inexistência de serviços especializados também prejudica que a ESF acompanhe os casos, o que pode representar um dos fatores da incidência e prevalência dos casos de crise em saúde mental no município.

Educação permanente que aborde a saúde mental possibilita (re)pensar nortes de que caminhos e ações um enfermeiro da ESF pode realizar quando emergirem crises em saúde mental. Salientando que se deve atentar para os vazios assistenciais e elaborar estratégias que tentem minimizar a iniquidade dessas demandas. No município esse vazio assistencial se refere à ausência de um CAPS.

Essa pesquisa não tem a pretensão de esgotar as reflexões, mas sim a partir da fala do enfermeiro da ESF pensar como ele lida com a crise em saúde mental. Anseia-se que esse trabalho possa ser instrumento norteador e instigador de novas problematização e pesquisas. E que a partir de novos olhares sejam desenvolvidas melhorias no acompanhamento do sofrimento psíquico. Que a ESF seja território existencial do cuidar integral em especial aqueles em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A; B. et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

ALMEIDA, J. H. H. et al. Atenção primária à saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 11, p. 9811-9816, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10772/11911>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. **Loucura e diversidade cultural; inovação e ruptura as experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil**, v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-21-63-0763.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/>>. Acesso em jul. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimp. da 1ª ed. De 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOLSONI, E. B. et al. Consulta de Enfermagem em saúde mental na Atenção Primária em saúde. **Revista Eletrônica Saúde mental Álcool e Drogas**, v. 11, n. 4, p. 199-207, 2015. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Disponível

em:<file:///C:/Users/Elzalina%20Santos/Pictures/guia_pratico_matriciamento_saude mental.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível

em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 04 abri. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Disponível em:

<<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto “Caminhos do Cuidado” – Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/02/guia_saude_mental-2ed-web.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS**. Saúde Mental.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. Saúde Mental. **Caderno de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:<
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

ESLABÃO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-8. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170160973.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: Ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, vol. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf> >. Acesso em: 20 ago. 2019.

FERNANDES, R. T. P. **Enfermagem em emergência e urgência**. Brasília, 2014. Disponível em:
 <https://avant.grupont.com.br/dirVirtualLMS/portais/livros/pdfs_demo/Enfermagem_em_Emergencia_e_Urgencia_demo.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

FLORIONÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **Revista O Social em Questão**, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

GRYSCHKE, P.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n10/3255-3262/pt>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

HALES, R; E.; YUDOFKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HEIDRICH, A. V.; BERNDT, D. P.; DIAS, M. **As conferências Nacionais de Saúde Mental e o Paradigma da Desinstitucionalização**. Anais Eletrônicos. Arquivos do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2015. Disponível em: <http://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_224-3.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors. **Revista Estudos em Psicologia**, vol. 34, n. 4, p. 499-511. 2017. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n4/1982-0275-estpsi-34-04-00499.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

IBGE. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/maranhao/araios.es.pdf>.

LIMA, R. C. O avança da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf >. Acesso: 21 ago. 2019.

LUSSI, I. A. O et al. Saúde mental em pauta; Afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, São Carlos, vol. 27, n. 1, p. 1-3, 2019. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n1/2526-8910-cadbto-27-01-00001.pdf> >. Acesso em: 22 agos. 2019.

MARTINS, A. G. **A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Minas Gerais, 2017. Disponível em:< http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-984J8V/dissertacao_aline_para_a_biblioteca.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 mar. 2019.

MELO et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Revista Saúde Debate*, v. 42, n. especial, p. 38-51, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2019.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde mental da família na clínica da crise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 1, p. 438-450, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n3/a07v16n3.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/653-660/pt>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Elzalina%20Santos/Downloads/2113-7552-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

VEDANA, K. G. G. **Urgências e Emergências Psiquiátricas**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4519539/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%20TRICAS%202016.pdf> . Acesso em: 05 abr. 2019.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

APÊNDICES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ - UNINOVAFAPÍ**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
APÊNDICE A**

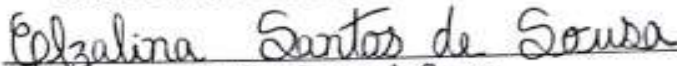
Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL”** desenvolvida por Elzalina Santos de Sousa, discente do curso de Mestrado do Centro Universitário Uninovafapi, sob orientação do Professora Doutora Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa. **Tem como objetivo central:** Conhecer as ações do enfermeiro da ESF frente aos casos de urgência em saúde mental. **Por que o participante está sendo convidado (critério de inclusão):** “O convite a sua participação se deve a: Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família a pelo menos seis meses e na qual exista paciente com demanda em saúde mental”. “Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento que desejar”. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. “Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.” **Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade:** “Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro”. “A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.” Como toda pesquisa, há risco direto ou indireto de identificação do participante. Referido aspecto da pesquisa deverá estar explícito no Termo. Os riscos serão minimizados pela não identificação nominal do usuário, sendo os mesmos codificados. Pela possibilidade de eventual constrangimento, os participantes serão informados antes da aplicação do questionário sobre a confidencialidade e a não identificação dos mesmos. “A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto”. A entrevista somente será gravada com utilização de um celular se houver autorização do entrevistado (a). “O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos, sendo realizada uma parte escrita que será entregue ao profissional e a gravação de algumas perguntas”. “As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas a pesquisadora e sua orientadora”. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPÍ. O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa são indiretos, na medida em que contribuirá com informações sobre as ações do enfermeiro da estratégia saúde da família frente aos casos de crise em saúde mental. Os participantes receberam uma cartilha que discorrerá sobre possibilidades de atuação junto a esses casos. Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. O pesquisador deverá identificar os riscos, esclarecer e justificá-los aos participantes da pesquisa, bem como as medidas para minimizá-los. Alguns exemplos de risco: risco de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional ou social. **Sobre divulgação**



dos resultados da pesquisa: Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese. "Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAP, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina - Piauí, Telefone: (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".


 Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa
 RG: 1.546.184 SSP-PI; CPF: 879.088.593-72


 Elzalina Santos de Sousa
 RG: 2823158 SSP-PI; CPF 035713803-12

Pesquisadora responsável: Professora Dra. Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa. Email: luciolagalvao2014@hotmail.com.

Araíoses ____ de ____ de 2018.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

 (Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante: _____

RG: _____ e CPF: _____



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

APÊNDICE B – ENTREVISTA

Código do participante nº: _____

1- CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade (anos completos): _____

Sexo: () F () M

Naturalidade: _____

Possui pós-graduação? () Não () Sim, qual? _____

Há quanto tempo você atua na ESF? _____

2- QUESTÕES NORTEADORAS (ENTREVISTA)

1 - Já surgiu na ESF alguma demanda na qual o paciente estava tendo uma crise em saúde mental? Como você agiu frente a essa situação?

2- O(s) paciente(s) com transtornos mentais que buscam a ESF apresentam qual(is) necessidade(s)?

3 - Você teria alguma situação ou caso de transtorno mental na sua ESF que gostaria de relatar? Discorra sobre.

4 - Você se considera apto e/ou satisfeito frente a tal necessidade de assistir casos de surto em saúde mental? A que atribui isso, um preparo pessoal ou institucional? Comente.



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilustríssima Senhora Sandra da Silva Fontenele
Secretária de Saúde

Eu, Profa. Dr^a Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa, pesquisadora responsável do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, para o trabalho de pesquisa sob o título "ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL", juntamente com a aluna de mestrado Elzalina Santos de Sousa. Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivos: Conhecer a atuação do enfermeiro da Equipe da Saúde da Família diante de urgências em saúde mental, descrever as ações do enfermeiro da Equipe da Saúde da Família voltadas aos casos de crise em saúde mental e produzir uma cartilha para os profissionais da AP sobre o manejo clínico em casos de saúde mental.

Este trabalho será desenvolvido através de um roteiro entrevista semiestruturado com os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o profissional preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

No que se refere aos benefícios estes são indiretos, na medida em que contribuirá com informações sobre o assunto trabalhado bem como a motivação destes profissionais para que estejam sensibilizados para o cuidado e acolhimento voltado as pessoas em sofrimento psíquico. Os procedimentos não implicarão em risco ou desconforto à saúde, serão apenas entrevistas, em que o sujeito fica à vontade para responder ou não e a identificação não será revelada, pois não constarão no roteiro de entrevista itens no qual isso possa ocorrer os participantes serão identificados como iniciais.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNINOVAFAPI e pela pesquisadora responsável através do e-mail: elzalinasantos@hotmail.com - telefone- (86) 9 9915-5492.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras

informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Profª Drª Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa.
Professora do Programa de Mestrado em Saúde da Família.

Elzalina Santos de Sousa - CPF: 035713803-12
Aluna do Mestrado em Saúde da Família.

Sandra da Silva Fontenele
Sandra da Silva Fontenele

Sandra da Silva Fontenele
Secretaria de Saúde
Portaria 192/2017

Araioses, 21 de Junho de 2018.

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 00807018.6.0000.5210

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUI LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.068

Apresentação do Projeto:

Estudo desenvolvido para conclusão de Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família cujos objetivos são: Descrever as ações desempenhadas pelo Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família diante das urgências em saúde mental; Conhecer as principais limitações relatadas pelos Enfermeiros da ESF diante das urgências em saúde mental; e Elaborar uma proposta de protocolo voltado ao profissional Enfermeiro da ESF destinado aos casos de urgência em saúde mental. Será realizada pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em 17 unidades da ESF localizadas na cidade de Araioses, interior do Estado do Maranhão. Os participantes da pesquisa serão 17 Enfermeiros que atenderem aos critérios de inclusão: ser Enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família, há pelo menos seis meses e que em sua área de abrangência territorial exista pelo menos um caso de demanda com origem etiológica na saúde mental. Serão excluídos os Enfermeiros que estiverem de férias ou licença. A coleta dos dados será realizada mediante a uma entrevista semiestruturada gravada. O conteúdo das entrevistas será interpretado tendo como base a análise de conteúdo de Bardin. Aos participantes serão apresentados os objetivos e metodologia, mediante ciência e concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes eles serão identificados por códigos numéricos. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados ao Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, em apresentação oral e escrita. E após a conclusão do trabalho serão realizadas atividades de feedback com os profissionais da ESF para apresentar os resultados

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

39
Flávia Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 3.082.068

obtidos e efetuar a entrega da cartilha confeccionada.

O projeto encontra-se autorizado institucionalmente pela Instituição Co-Participante e obedecerá as exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as ações desempenhadas pelo Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família diante das urgências em saúde mental.

Conhecer as principais limitações relatadas pelos Enfermeiros da ESF diante das urgências em saúde mental.

Elaborar uma proposta de protocolo voltado ao profissional Enfermeiro da ESF destinado aos casos de urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios descritos no protocolo de pesquisa atendem ao item V da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo de pesquisa retrata relevância e justificativa para o seu desenvolvimento, na medida em que os resultados poderão contribuir para a realização de pesquisas na área e que também se configure como norteador para a operacionalização de novas e eficazes práticas no campo da saúde mental na Atenção Primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados ao protocolo de pesquisa todos os documentos de apresentação obrigatória na Plataforma Brasil, conforme exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, pois está elaborado de acordo com as recomendações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1164028.pdf	22/11/2018 16:55:03		Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

PP. Gomes
Thaís dos Santos Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 3.082.088

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/11/2018 16:54:49	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Outros	instrumento.pdf	22/11/2018 16:50:46	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJEOOK.pdf	22/11/2018 16:50:07	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	euzalinaTCLEFinal.pdf	22/11/2018 16:49:55	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	13/09/2018 13:57:21	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Orçamento	Orcamentoelzalina.pdf	28/06/2018 16:33:25	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoeizalinassinada.pdf	28/06/2018 16:29:11	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaopesquisadoresElzalina.pdf	28/06/2018 15:33:51	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 13 de Dezembro de 2018

PP.

Assinado por:

**Theonas Gomes Pereira
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

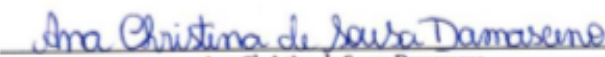
PP.
Theonas Gomes Pereira
Coordenador(a) da CONEP

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS

Eu, Ana Christina de Sousa Damasceno, RG: 3.123.371 SSP/PI, declaro, para os devidos fins e para fazer prova junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, que realizei a revisão gramatical do Trabalho de Conclusão de Mestrado, intitulado: **Vivências dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no Atendimento às Urgências em Saúde Mental** de autoria de **Elzalina Santos de Sousa**, do curso de Mestrado em Saúde da Família, consistindo em correção gramatical e ortográfica, adequação do vocabulário e inteligibilidade do texto.

Parnaíba, 14 de outubro de 2019.


Ana Christina de Sousa Damasceno
CPF: 019.169.953-57
Graduada: Pedagogia e Letras/Português
Especialista: Gestão e Ed. Infantil
Mestre em Letras

Nome: Ana Christina de Sousa Damasceno

CPF: 019.169.953-57

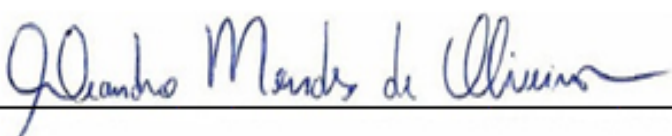
Formação: Mestre em Letras - UESPI

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE TEXTO: VERSÃO EM INGLÊS

Eu, Leandro Mendes de Oliveira, RG: 233650220020 SSP MA, declaro, para os devidos fins e para fazer prova junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, que realizei a revisão de inglês do Trabalho de Conclusão de Mestrado, intitulado: **Vivências dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no Atendimento às Urgências em Saúde Mental** de autoria de **Elzalina Santos de Sousa**, do curso de Mestrado em Saúde da Família, consistindo em correção gramatical e ortográfica, adequação do vocabulário e inteligibilidade do texto.

Parnaíba, 14 de outubro de 2019.



Assinatura

Nome: Leandro Mendes de Oliveira

CPF: 024.025.593-30

Formação: Licenciatura Plena em Letras / Inglês

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE TEXTO: VERSÃO EM ESPANHOL

Eu, Francimar Rodrigues dos Santos,
 RG 2905304 declaro, para os devidos fins e para fazer prova junto ao
 Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro
 Universitário UNINOVAFAPI, que realizei a revisão de espanhol do Trabalho de
 Conclusão de Mestrado, intitulado: **Vivências dos Enfermeiros da Estratégia
 Saúde da Família no Atendimento às Urgências em Saúde Mental de**
 autoria de **Elzalina Santos de Sousa**, do curso de Mestrado em Saúde da
 Família, consistindo em correção gramatical e ortográfica, adequação do
 vocabulário e inteligibilidade do texto.

Parnaíba, 14 de Outubro de 2019.

Assinatura

Nome: Francimar Rodrigues dos Santos

CPF:

Formação: Graduado em Licenciatura plena em Letras Espanhol