

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA FIGUEIREDO E FIGUEIREDO

**QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA O
ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE TRANSTORNOS
MENTAIS, NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

BOM DESPACHO – MG

2014

FERNANDA FIGUEIREDO E FIGUEIREDO

**QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA O
ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE TRANSTORNOS
MENTAIS, NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Ivana Montandon Soares Aleixo

BOM DESPACHO – MG

2014

FERNANDA FIGUEIREDO E FIGUEIREDO

**QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA O
ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE TRANSTORNOS
MENTAIS, NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

Banca Examinadora

Profa. Ivana Montandon Soares Aleixo - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 05/09/2014

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por mais uma etapa vencida.

A orientadora Profa. Ivana Montandon Soares Aleixo, pela paciência e dedicação.

A minha família que esteve presente nas horas mais difíceis e felizes.

A Universidade Federal de Minas Gerais, pelo oportunidade concedido.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram na elaboração deste trabalho.

RESUMO

Estudos confirmam a alta prevalência de Transtornos Mentais comuns na clientela atendida pelas equipes de Saúde da Família. Portanto, torna-se fundamental que as equipes das unidades básicas de saúde tenham pessoal qualificado para este tipo de enfrentamento. O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para subsidiar na preparação/qualificação do profissional de enfermagem das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG, para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, no contexto da reforma psiquiátrica. E objetivos específicos: Abordar através da literatura a análise de evidências científicas sobre a reforma psiquiátrica; Identificar quais as dificuldades para o controle na preparação e qualificação do profissional de enfermagem aos portadores de sofrimento mental. Este estudo contribui na reflexão das transformações dos suportes e instrumentos necessários para ações de enfermagem em saúde mental na atenção primária que considerem a subjetividade das experiências dos sujeitos com sofrimento psíquico. Na metodologia após o levantamento da bibliografia nos bancos de dados foram identificados 14 artigos e 12 livros, no entanto, após a leitura dos mesmos, foram selecionados 4 artigos e 5 livros. Ao longo deste trabalho verificou-se a necessidade da qualificação dos enfermeiros das ESF do município de Bom Despacho para o atendimento aos portadores de transtorno mental, dentro da linha da reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva as pessoas devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários com humanidade e respeito tendo como principal interesse beneficiar a saúde, visando sua inserção ou reinserção na família, trabalho e comunidade.

Palavras-chave: Transtorno Mental; Enfermagem em Saúde Mental; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Studies confirm the high prevalence of common mental disorders among patients seen by Family Health teams. Therefore, it is essential that teams of basic health units have qualified for this type of confrontation. This study aims to develop an intervention project to subsidize the preparation / qualification of nursing of Family Health Teams of the municipality of Good Order / MG professional to care for users with mental disorders, in the context of psychiatric reform. And specific objectives: Addressing through literature analysis of scientific evidence on the psychiatric reform; Identify the difficulties to control the preparation and qualifications of nursing to professional mental patients. This study contributes to the reflection of the transformation of media and tools necessary for nursing actions in mental health in primary care to consider the subjectivity of the subjects' experiences with psychological distress. Methodology after the survey of the literature in the databases 14 books and 12 articles were identified, however, after reading the same, 4 and 5 articles were selected books. Throughout this paper there was the need for training of nurses in the FHS Bom Order for services to the mentally ill, within the line of the psychiatric reform. From this perspective people should be treated, preferably in community service with humanity and respect with the main interest benefit health, aiming their integration or reintegration into family, work and community.

Keywords: Mental Disorder; Mental Health Nursing, Primary Care Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação das fontes selecionadas.....	14
Quadro 2	Classificação Internacional de Doenças (CID - 10).....	23
Quadro 3	Problemas Identificados das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG	30
Quadro 4	Delineamento das operações.....	31
Quadro 5	Recursos críticos.....	32

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	08
2.	JUSTIFICATIVA	12
3.	OBJETIVO	13
4.	METODOLOGIA	14
5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
	5.1 Histórico de Enfermagem em Psiquiatria	16
	5.2 Política de Saúde Mental	19
	5.3 Saúde Mental e Atenção Básica	20
	5.4 O Ensino da Enfermagem	23
	5.5 Caracterização da Área de Abrangência da Equipe Saúde da Família Vila Gontijo/Esplanada	25
6.	PLANO DE INTERVENÇÃO	30
	6.1 Identificação e Priorização dos Problemas	30
	6.2 Ações Propostas	30
	6.3 Recursos Críticos e Atores	32
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

Transtorno mental pode ser considerado, de forma empírica, num desequilíbrio psíquico que se manifesta através de diversos sinais e sintomas, podendo dificultar o desenvolvimento da vida habitual da pessoa.

A psiquiatria foi se tornando científica quando foi reconhecida como especialidade médica e avançando nos estudos anatomo-clínicos que relacionavam a doença com o dano cerebral, passando-se a compreendê-la numa abordagem biológica (SILVA FILHO, 1987).

Campbell citado por Dalgalarrondo (2008, p. 27) define a psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação.

Dentro da psicopatologia Dalgalarrondo (2008) define adoecimento mental como:

Na perspectiva médico-naturalista o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte do “aparelho biológico”. Já na perspectiva existencial, o doente é visto principalmente como “existência singular”, como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que fundamentalmente histórico e humano (DALGALARRONDO, 2008, p.36).

O ser humano é constituído a partir das suas experiências pessoais, na relação com outros sujeitos, contribuindo para a construção de cada destino pessoal.

Neste contexto Dalgalarrondo (2008) caracteriza doença mental como:

São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências dos doentes mentais possuem dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal) e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo da doença mental não é um mundo totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas “normais”) (DALGALARRONDO, 2008, p. 27).

A história do portador de sofrimento mental no Brasil e no mundo carrega traços

marcantes, dentre eles o seu afastamento do convívio social, interações involuntárias, estigmas que perduram por toda a vida e dificuldade da aceitação da doença mental.

Fortes (2010), fala do afastamento sofrido por estes pacientes a partir do século XVIII, com a criação de instituições psiquiátricas que tinham como objetivo excluir os pacientes do convívio social. A forma de referir se a loucura sofreu alterações que refletem, não só uma mudança na nomenclatura, mas principalmente na sua compreensão e na abordagem para lidar com os portadores de sofrimento mental. Estas alterações vão desde a substituição do sistema hospitalocêntrico até o modo como os profissionais inseridos neste contexto veem o doente mental.

A partir da Reforma Psiquiátrica os antigos paradigmas não se enquadram mais na assistência atual, não é somente o fechamento dos hospitais psiquiátricos, e sim mudanças na construção de uma sociedade, ou seja, na desconstrução de preconceitos e estigmas que fornecem subsídios para o descaso social.

Na discussão, a trajetória da Reforma Psiquiátrica pode ser definida:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Atualmente o hospital psiquiátrico não é o único, nem o mais importante meio assistencial em psiquiatria. A proposta é a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. Estes serviços são espaços onde os pacientes vivem em regime aberto, estimulando o convívio em casa com a família e a comunidade.

A assistência psiquiátrica no atual modelo deverá ser prestada por uma equipe

multidisciplinar que integra uma rede terapêutica, utilizando-se de recursos que assegurem ao portador de sofrimento mental a continuidade do tratamento.

De acordo com (ESPINOSA 2001, p. 129) “a finalidade geral dessa assistência é promover, na medida do possível a recuperação do paciente como ser humano, para que possa viver de forma independente”.

Visto que atualmente a enfermagem em saúde mental passa pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar e a incorporação de princípios novos e desconhecidos do campo da atenção psicossocial, percebe-se a necessidade de pensar sobre as ações de enfermagem aos usuários portadores de transtornos mentais na atenção primária e o desafio de cuidar.

O estudo de Tavares (2006) retrata a fragilidade na qualificação atenção prestada pela equipe de enfermagem em saúde mental. Sendo o manejo do paciente psiquiátrico o principal obstáculo na abordagem. Considerando que o primeiro passo para assistir ao portador de transtorno mental é estabelecer uma relação terapêutica, tornando-se urgente e necessário a qualificação destes profissionais.

Surge então a necessidade de pensar em novas ações de enfermagem referentes aos cuidados dos portadores de transtornos mentais na atenção primária e o desafio de cuidar.

O município de Bom Despacho está localizado no Centro-Oeste de Minas Gerais, na região do Alto São Francisco a 158 km da capital mineira. A População residente em 2010, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) eram de 45624 habitantes, sendo que a população residente urbana é 42963 habitantes e a população residente rural é 2661 habitantes.

Bom Despacho tem uma localização privilegiada distando 158 km de Belo Horizonte, 80Km de Divinópolis, além de contar com rodovias importantes do Estado que cruzam a região. O clima e a extensão da área rural são fatores relevantes que impulsionam as atividades agropecuárias no município. Além disso, a pecuária leiteira também é destaque. Laticínio, indústria e agronegócio são as atividades

econômicas mais importantes.

No setor da saúde, a cidade apresenta hoje, 12 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que variam de acordo com a área de abrangência de cada equipe, algumas equipes contam também com uma equipe de saúde bucal.

Quando da realização do diagnóstico situacional realizado foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles: despreparo dos profissionais para atendimento aos portadores de transtorno mental; violência; obesidade; idosos vivendo sozinhos (ausência de cuidadores); uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas; baixa adesão aos grupos operativos realizados pela unidade de saúde; dificuldade de referência para algumas especialidades (alta demanda e pouca oferta).

Há, portanto a necessidade de estruturar a qualificação do profissional de enfermagem para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, residentes nos territórios das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG.

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo direciona-se para uma reflexão das transformações dos suportes e instrumentos necessários para ações de enfermagem em saúde mental na atenção primária que considerem a subjetividade das experiências dos sujeitos com sofrimento psíquico.

É de grande importância que os profissionais de enfermagem das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG, possam refletir quanto aos cuidados primários aos usuários portadores de transtorno mental proporcionando assim à realização de ações de promoção a saúde.

Espera-se ainda que este trabalho possa subsidiar ações de adequação dos serviços prestados em relação à população beneficiada.

Há uma demanda explícita de usuários com transtornos mentais que seus familiares buscam a UBS para as orientações e as vezes, não encontra o suporte desejado.

Portanto, surge a necessidade de estruturar a preparação/qualificação do profissional de enfermagem para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, no contexto da atenção primária á saúde.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção para subsidiar na preparação/qualificação do profissional de enfermagem das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG, para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais, no contexto da atenção primária à saúde.

Objetivos Específicos:

Levantar na literatura as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem aos portadores de sofrimento mental na atenção primária à saúde.

Identificar quais as dificuldades para profissional de enfermagem realizar o controle dos portadores de sofrimento mental na atenção primária à saúde.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica, mediante consulta em livros, manuais do Ministério da Saúde e nas bases eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Os descritores utilizados para a busca foram os seguintes:

Reforma psiquiátrica.

Saúde mental.

Enfermagem.

Atenção Básica à Saúde.

4.1 Critérios de Inclusão e bibliografia selecionada

Todos os artigos que atenderam os objetivos do estudo foram incluídos, compreendendo os artigos publicados em português, no período de setembro a novembro de 2013.

Após o levantamento da bibliografia nos bancos de dados foram identificados 15 artigos e 12 livros, no entanto, após a leitura dos mesmos, foram selecionados cinco artigos e cinco livros. Todo o material bibliográfico foi analisado com o objetivo de levantar as evidências científicas sobre o tema do trabalho.

A bibliografia selecionada está apresentada no quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação das fontes selecionadas

Autor	Ano	Título	Gênero textual
Hildenete Monteiro Fortes	2010	Tratamento compulsório e internações psiquiátricas	Artigo
Luciane Prado Kantorski	2000	O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas	Artigo

Cláudia Mara de Melo Tavares	2006	A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental	Artigo
Laiane Medeiros Ribeiro	2010	Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	Artigo
Luciana Maragno	2006	Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.	Artigo
Ana Marta Lobosque	2006	Atenção a saúde mental	Livro
Ruth Milyus Rocha	1994	Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?	Livro
Ana Fernández Espinosa	2001	Guia práticos de enfermagem: psiquiatria	Livro
Gail Wiscarz Stuart	2002	Enfermagem psiquiátrica	Livro
Paulo Dalgalarondo	2008	Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais	Livro

Para a elaboração de um projeto de intervenção para subsidiar na preparação e qualificação do profissional de enfermagem das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG, foram realizadas as etapas de diagnóstico situacional através de observação direta, reuniões da equipe de saúde e entrevistas aos usuários, revisão bibliográfica e a elaboração de um plano operativo com base no método planejamento estratégico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Histórico da Enfermagem em Psiquiatria

Como forma de segregação os portadores de sofrimento mental eram internados no Hospital Geral os pobres, os desempregados, os velhos, os libertinos, os religiosos infratores, assim como os insanos perigosos. Várias instituições, leigas ou religiosas, abrigavam estes incapazes que não respondiam por sua existência. Esses locais eram depósitos humanos, não havendo nenhuma intenção de tratamento.

Pessoas leigas, despreparadas e mal remuneradas, faziam os serviços domésticos (higiene, lavagem da roupa, alimentação). Quanto aos “loucos”, ficavam abandonados, nus, acorrentados. Nessa época questionava-se o obscuro relacionamento da loucura com o mal, a moral e a vontade.

De acordo com Rocha (1994), com a Revolução Francesa de 1789, iniciou-se um processo de reabsorção dos excluídos, buscando-se alternativas para os “necessitados”, tais como auxílios financeiros e médicos em suas próprias casas, adoção e criação de estabelecimentos próprios para as crianças, entre outras. Nesse momento, os loucos permaneceram encarcerados, já que para estes não havia proposta, devido ao estigma que já os acompanhavam de que poderiam ser violentos, tornando-se perigosos a familiares e vizinhos.

O trabalho de Pinel (2007) evocou elogios e críticas. Uma crítica dizia respeito ao caráter fechado da instituição psiquiátrica, isto é, ao fato de os doentes ficarem trancado o tempo todo em um espaço que se parecia muito com uma prisão. No entanto, a cura almejada por Pinel não foi alcançada e essas instituições se transformaram, mais uma vez, em locais de depósitos, abandono e exclusão para pessoas às quais a sociedade não apresentava propostas alternativas para inclusão.

O hospital, passando a ser um lugar de cura, vai associar-se à figura do médico. O médico passa então a ter, no hospital, um papel que se destaca sobre o trabalho do pessoal religioso, cabendo a este “um papel determinado, mas subordinado, na

técnica do exame; aparece então a categoria do enfermeiro” (FOUCAULT 1977, p. 165). Estabelece-se uma divisão entre o trabalho intelectual (do médico) e o manual (do enfermeiro). “A enfermagem deixa de ser prática independente, que era até então, e subordina-se à prática médica” (ALMEIDA, ROCHA 1986, p. 40).

Nesse contexto, impregnado pelos valores racionais da ciência, nasce a Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale (ROCHA, 1994). Rompendo com a prática caritativa, identificada com tarefas domésticas e sem preparo profissional dos agentes, Florence vai iniciar a construção de um saber científico de enfermagem.

Em 1860 na Inglaterra é criada por Nightingale a primeira escola destinada a formar enfermeiras, preconizando o ensino teórico sistematizado, juntamente com a prática no hospital. Recomendava que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras para que fiquem protegidas da interferência dos médicos, que, caso contrário, tenderiam a tudo decidir sobre o saber a ser transmitido à enfermagem (ROCHA, 1994, p. 4).

Ainda de acordo com Rocha (1994) Florence também organizou a formação de profissionais em duas categorias: a nurse, de origem proletária, destinada ao cuidado direto do paciente, e a lady-nurse, oriunda de classe social mais elevada, que custeava seus estudos e era preparada para o ensino e supervisão das nurses, bem como para atividades administrativas.

Melo (1986), mostra como a divisão social do trabalho em duas categorias, desde o surgimento da enfermagem moderna, tem suas raízes na dicotomia trabalho intelectual/trabalho manual.

Rocha (1994) mostra ainda que a enfermagem moderna, de acordo com os princípios de Nightingale, surgiu no Brasil em 1923, com a criação da primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro. A escola foi orientada por enfermeiras norte-americanas, seguindo o modelo inglês de Florence Nightingale. Esta escola tinha como objetivo a melhoria das condições sanitárias da população, já que na época grandes endemias e epidemias atingiam o País: cólera, varíola e febre tifoide.

Posteriormente, essa instituição recebeu o nome de Escola Ana Neri, em homenagem a uma brasileira que se destacou prestando serviços voluntários aos soldados brasileiros feridos durante a Guerra do Paraguai.

De acordo com Pires (1989), no Brasil a exemplo da Inglaterra, só mulheres eram aceitas para frequentar o curso. Elas eram recrutadas entre famílias de elite e deveriam ter completado o curso Normal ou equivalente, entre outros requisitos. Essas enfermeiras iriam chefiar os serviços de Saúde Pública e exercer atividades de ensino e supervisão dos agentes de enfermagem, oriundos das classes pobres e encarregados do trabalho manual.

A Lei n 7498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), que regulamenta o exercício de enfermagem prevê as categorias de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem sendo assim, às pessoas sem formação – os Atendentes – passou a ser exigida a formação.

No Brasil a enfermagem psiquiátrica surgiu no hospício, para vigiar, controlar e reprimir. A vigilância cabia aos enfermeiros, que por sua vez, eram controlados pelas irmãs de caridade, que administravam o hospício. Os meios de repressão – privação de visitas – diminuição de alimentos, reclusão e camisa de força – quando necessários, eram determinados pelos médicos e aplicados pelos enfermeiros, para obterem a obediência dos internos. Em situações de emergência, porém, os enfermeiros também podiam determiná-los. O emprego de força física no contato com os doentes, por parte dos enfermeiros, tornou-se frequente (ROCHA, 1994).

Durante muito tempo ainda, o doente mental continuou sendo visto como o louco perigoso que representava um risco para a sociedade. Apenas na década de 70 os programas de Enfermagem psiquiátrica apresentam nítidas modificações: sugere-se integração da saúde mental com as outras disciplinas, bem como ações extra-muros. No entanto a mudança não tem consistência: a maior parte da carga horária continua sendo dedicada à psicopatologia, à psicofarmacologia e à respectiva assistência de enfermagem.

5.2 A Política de Saúde Mental

A psiquiatria foi-se tornando científica quando foi reconhecida como especialidade médica e avançando nos estudos anatomo-clínicos que relacionavam a doença com dano cerebral, passando-se a compreendê-la numa abordagem biológica (SILVA FILHO, 1987).

Que de acordo com Lussi (2003), esta abordagem localiza fatores internos ao indivíduo como causa da doença, sendo eliminadas todas as variáveis externas que podem contribuir para o desenvolvimento da mesma. Nesta lógica, as propostas de intervenção são a administrações de psicofármacos e a contenção dos sintomas por meio da internação psiquiátrica.

Depois da Segunda Guerra Mundial, conforme Amarante (1995), o novo enfoque motivou os diversos movimentos por mudanças no modo tradicional de assistência psiquiátrica no mundo, entre os quais as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; a Psicoterapia Institucional, na França; o movimento da Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos. Diferentemente desses países, na Itália, o movimento por mudanças na assistência psiquiátrica tradicional apresentou uma crítica às Comunidades Terapêuticas, por essa abordagem permitir a manutenção do asilo e do saber que o autoriza, parecendo uma tentativa de resgatar a positividade do hospital psiquiátrico e de seu caráter de instrumento de cura da doença mental, prometida desde sua fundação e jamais confirmada.

Ainda segundo Amarante (1996), no Brasil, a Psiquiatria sofreu influências de tais movimentos sociais tanto na política de saúde mental, quanto no movimento social que se fortalece, desde a década de 1970, na luta pela democracia no país, cujas propostas foram expressas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (BRASIL, 1988; BRASIL, 2001). Assim, o processo de reforma psiquiátrica no país, transcende a busca de soluções apenas técnicas, visando transformar aspectos técnicos, políticos e sociais sobre a loucura e suas instituições. O avanço nesse sentido tem como horizonte, a desinstitucionalização da doença e do doente mental.

Segundo Yasui (1999), o movimento de reforma sanitária que teve início na década de 1970 foi importante para impulsionar as transformações na área de assistência psiquiátrica. Esse movimento, que se concretizou por meio da realização de conferências de saúde, tinha como lema: a saúde como direito de todos e dever do Estado, e baseava-se em princípios como regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade.

Em 1987 realizou-se a primeira conferência de saúde mental, a segunda foi em 1992 e a terceira conferência aconteceu em 2001, com expressiva participação dos usuários e familiares. Em concordância com Brasil, (1988) e Brasil (2001) nesta conferência discutiu-se a necessidade da reorientação do modelo assistencial, por meio de eixos fundamentais como: controle social, acessibilidade e direitos, financiamento para a área e recursos humanos.

Desde 1989 tramitava no Congresso Nacional a Lei 10.216 de autoria do Deputado Paulo Delgado que só foi aprovada em 2001, após uma mobilização intensa dos trabalhadores da área, dos usuários, dos familiares e da mídia. No que revela Amarante (2000), esta lei regulamenta os direitos do doente mental em relação ao tratamento, propõe a extinção progressiva dos manicômios, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários "com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade" (BRASIL, 2001).

5.3 Saúde Mental e Atenção Básica

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marca um progresso indiscutível da política do SUS.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afincamento à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento

psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas. Os CAPS são regulamentados pela portaria GM 336/2002 (BRASIL 2002) define que os CAPS realizem prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial.

As Equipes de Saúde da Família - ESF devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado pelo paciente e dos recursos necessários para seu cuidado forem menores.

Assim, de acordo com Lobosque e Souza 2006 o acolhimento, quando na unidade básica, pode ser feito por qualquer profissional de saúde, de preferência um técnico de nível superior. Os pacientes portadores de neuroses e psicoses graves são encaminhados ao CAPS, sendo sua clientela prioritária. Já os casos de usuário crônicos de benzodiazepínicos; pacientes em situação existencial difícil; quadros estáveis de neuroses de psicoses; egressos de serviços de saúde mental com projetos terapêuticos já definidos; casos mais brandos de abuso de álcool e drogas devem ser acompanhados pela ESF.

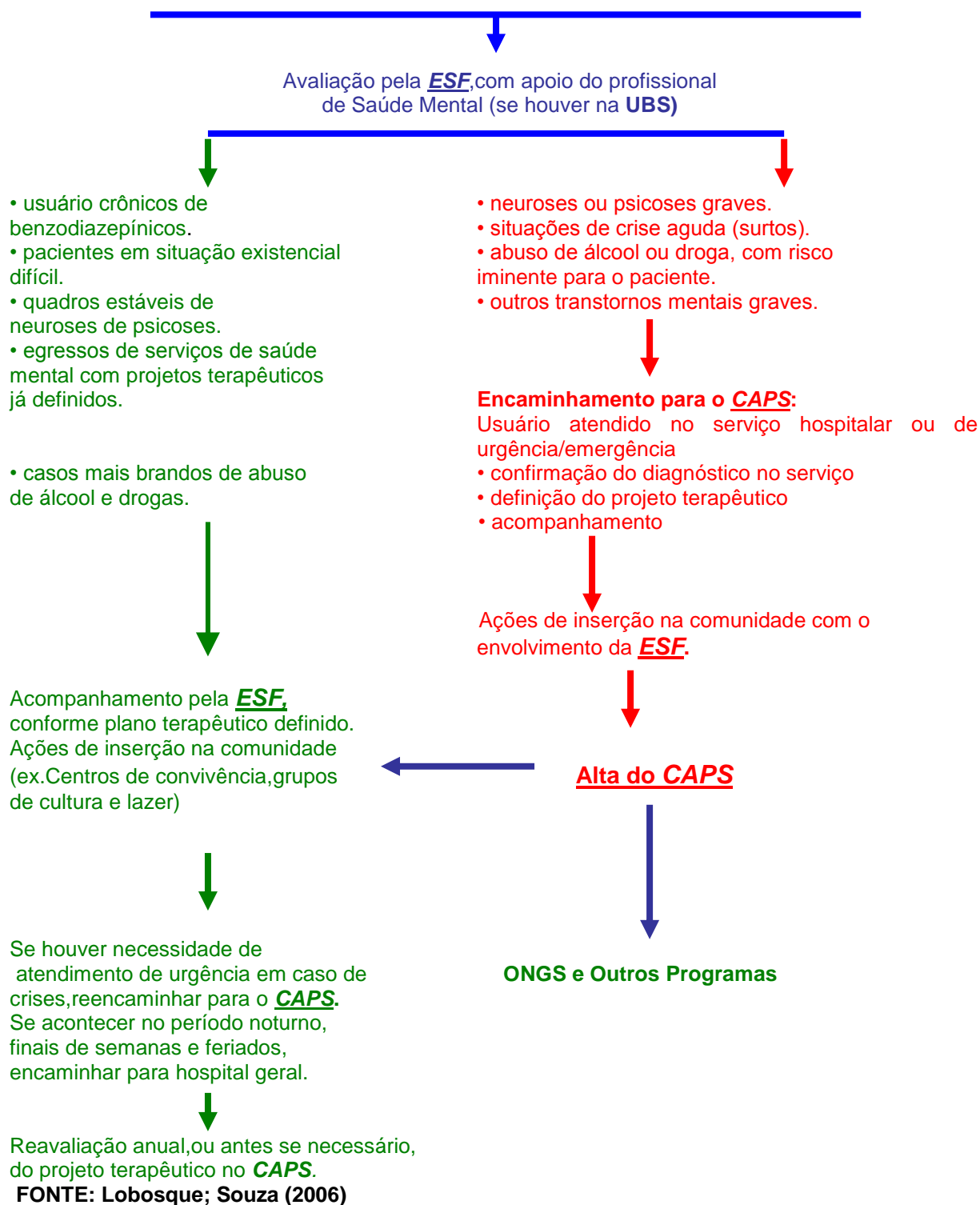
Devem ser considerados também os transtornos mentais comuns que são caracterizados por sintomas de depressão/ansiedade de menor gravidade e queixas somáticas, segundo Santos citado por Maragno (2006).

Abaixo se apresenta o fluxograma atenção em saúde mental proposto por Lobosque e Souza (2006).

Fluxograma 1 - Fluxograma Atenção em Saúde Mental

Usuário é identificado na visita domiciliar ou acolhido na **UBS** com o seguinte perfil:

- Uso crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos;
- Neuroses ou psicoses;
- Uso de álcool ou droga;
- Egressos de serviços de saúde mental;
- Usuários “problemáticos”;
- Usuários “em crise”;
- Outras queixas similares.



No quando 2 pode-se observar as características gerais dos diferentes transtornos psiquiátricos de acordo com a classificação internacional de doenças.

QUADRO 2 - Classificação Internacional de Doenças (CID - 10)

Doença	CID	Característica clinica
Demências. Delirium.	F.00 – F.09 F.10 – F.19	Prejuízo primariamente cognitivo (de inteligência e memória e/ou nível de consciência), derivado de causa orgânica constatável.
PSICOSES Esquizofrenia e Paranóia (transtorno delirante persistente, na CID -10). Transtornos graves do humor (a antiga psicose maníaco-depressiva, hoje fragmentada na CID-10 em episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar).	F.20 a F.29 F.30, F.31, F.32.2 e 32.3	São psicologicamente incompreensíveis (Jaspers). Apresentam vivências bizarras, de forma anômala, como delírios, alucinações, alterações da consciência do eu. Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência
NEUROSES Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos, na CID-10). Neurose histérica (transtornos somatomorfos e dissociativos, na CID-10). Neurose obsessiva (transtornos obsessivo-compulsivos, na CID-10). Episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados, e outros, na CID-10).	F.40 – F.48, além de outros itens.	São psicologicamente compreensíveis (Jaspers). Apresentam em grau e frequência exacerbados vivências experimentadas pelo psiquismo dito normal (ansiedade, tristeza, medo, ideias obsessivas, etc). Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência.

FONTE: Lobosque; Souza (2006)

5.4 O Ensino da Enfermagem

O processo de formação do aluno de enfermagem perpassa pelas questões gerais e específicas da Saúde Mental enquanto área de conhecimento para o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, que segundo Fraga (1993), relaciona-se principalmente com a concepção de que o doente mental usa de agressividade com todos e a qualquer momento.

Segundo Freire (1998) ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria construção. O que na verdade leva-nos a reflexão da autonomia que estes indivíduos estão desenvolvendo na sua vida cotidiana e no processo de sua reabilitação tendo que aprender não apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a.

Quando o aluno entra no campo da saúde mental, ele não somente se depara com a complexidade do padecer psíquico, como também se defronta com suas próprias potencialidades e limitações perante a situação. O educando passa a notar que o cuidado psiquiátrico não pode ser organizado em uma sequência de tarefas, carecendo estabelecer-se o vínculo com o paciente para, a partir daí, direcionar um plano de assistência. Desse modo, conforme Kantorski; Silva (2001), o aluno precisa de tempo, acompanhamento e sistemática orientação teórico-prática.

A escuta, o manejo, o vínculo e o cuidado são conceitos complexos em se tratando de saúde mental porque exigem mais que assimilação. Vão requerer que o indivíduo se disponha a trabalhar limitações e dificuldades pessoais, relacionamento, entre outras.

Contudo nas últimas décadas, em conformidade com Stefanelli (2003), muito se tem discutido sobre a questão de que a graduação, qualquer que seja a área do conhecimento, não gera profissionais totalmente capacitados para todas as áreas do saber. Essa consideração evidencia que complementações e atualizações futuras tornam-se necessárias e fala a favor da integração de conhecimentos no nível de graduação.

Há publicações na área da Enfermagem que reiteram a necessidade da atualização constante do conhecimento (Tavares, 2006; Kantorski 2000; Bezerra, 2003). Por sua vez, L'abbate (1999), discute a necessidade de educação continuada na área da Saúde e a ideia central é que essa questão deve ser discutida já no mundo acadêmico. O que não deixa de ser um estímulo para que o estudante, futuro enfermeiro, assuma a responsabilidade pela sua educação continuada e das futuras ações a respeito do assunto.

Com o reforço da ideia de Stefanelli (2003) e Stuart; Laraia (2002), com os avanços do conhecimento e as mudanças na assistência em saúde mental, o enfermeiro deve renovar seus conhecimentos, repensar suas atitudes e ações que influenciam na busca de mais conhecimentos para assumir com competência a tríade que apoia a qualidade da assistência: educação, pesquisa e prática da enfermagem.

Portanto, é necessário integrar os resultados das novas experiências da prática e as contribuições da Ciência nos programas de educação tanto para a formação básica do enfermeiro, como nos programas de educação continuada para os enfermeiros.

5.5 Caracterização da Área de Abrangência da Equipe Saúde da Família Vila Gontijo/Esplanada

A Equipe de Saúde da Família Vila Gontijo/Esplanada localiza-se na zona urbana do município de Bom Despacho na Rua Geraldo Xavier, 284, Bairro Esplanada, há uma distância aproximadamente de 1,5 km do centro da cidade e cuja área de abrangência são os bairros: Vila Gontijo, Vila Aurora, Santa Efigênia, Esplanada e parte do Jaraguá e Alvorada.

Atualmente a ESF Vila Gontijo/Esplanada atende a uma população 3.750 pessoas, que estão divididas em 07 microáreas.

Delimitação do Território: Na área de abrangência da ESF se encontra alguns serviços da rede assistencial do SUS como Centro de Atenção a Saúde da Mulher, Serviço de RX, CAPS, Centro de Saúde Bucal e a Santa Casa de Misericórdia; os demais serviços da rede assistencial do SUS encontram-se no centro e em outros bairros do município.

Os serviços sociais existentes consistem em uma escola estadual, uma creche, associação de moradores de bairro, associação dos diabéticos e o fórum de justiça do trabalho.

As áreas de esporte e lazer são SESC Laces, dois estádios de futebol (Esplanada e AABD) e quatro quadras desportivas.

Apesar de ser uma ESF de zona urbana a equipe possui cinco chácaras cadastradas, sendo uma na microárea 01 e duas na micorárea 02 e duas na microárea 05.

As áreas de risco ambiental identificadas são: uma fábrica de ração (poluição sonora, do ar e ambiental), duas fábricas de placa de gesso (poluição do ar e ambiental), uma fábrica de carroceria e um depósito para segregação de lixo para reciclagem.

Encontram-se também na área de abrangência da ESF uma boate noturna, dois motéis e o cemitério municipal.

Urbanização / Acesso: Quase todo o território possui pavimentação com asfalto ou calçamento, apenas o bairro Jaraguá e Alvorada não possuem pavimentação.

O transporte público é constituído por duas linhas de ônibus que comunicam a área de abrangência com o centro da cidade e com os demais bairros. Os bairros Jaraguá e Alvorada não possuem transporte público.

A malha viária é formada por uma importante avenida: Martinho Campos que funcionam como importante meio acesso a BR 040 e a Rua Dona Joana que o meio de acesso ao centro da cidade, prefeitura municipal e hospital santa casa.

A ESF Vila Gontijo/Esplanada teve suas atividades iniciadas 03/09/2001. Nesta data, a ESF não tinha sede própria para o atendimento à população. As reuniões de equipe, na época composta pela enfermeira e os ACS, eram realizadas em uma sala cedida pela administração no Asilo São José no bairro Vila Gontijo. No período de 03/09/2001 a 02/12/2001, os ACS realizaram o cadastramento das famílias, orientados pela enfermeira.

A ESF Vila Gontijo/Esplanada, foi fundada em 03/12/2001 com sede localizada à Avenida São João, 199 – Vila Gontijo, dando início ao atendimento à população. O médico e as Técnicas de Enfermagem iniciaram neste mesmo dia, completando

assim, a equipe multidisciplinar. Atualmente a sede da UBS esta localizada na Rua Geraldo Xavier, 284 – Esplanada.

FIGURA 1 – Sede da ESF Vila Gontijo/Esplanada



A caracterização da UBS em relação ao padrão mínimo determinado pela resolução SES nº1186 é inadequada. A UBS é composta por dois consultórios, uma sala para realização de curativo, preparo de material para esterilização e retirada de pontos, uma sala de vacina, e um corredor que foi adaptado para a administração de medicamento, inalação e lavagem de material contaminado. Não existe sala para recepção dos pacientes. Existe uma cozinha grande que funciona também como a sala dos ACS e para reunião de equipe. As reuniões com a comunidade são realizadas no salão comunitário que se localiza em frente à UBS.

Em relação aos equipamentos permanentes estes são adequados e esporadicamente faltam alguns materiais de consumo que são repostos em tempo adequado. Não ocorre a manutenção dos equipamentos permanentes.

A unidade não possui Conselho Local de Saúde e a participação social se restringe ao Conselho Municipal de Saúde.

O recurso humano da UBS é formado por um profissional médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, sete ACS e uma auxiliar de serviços gerais, constituindo uma equipe completa de saúde da família, não existindo equipe de

saúde bucal na unidade. Compõe a equipe também o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família composto por um psicólogo, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma farmacêutica.

O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 h. de segunda a sexta-feira. Os ACS permanecem na unidade de 7:00 às 8:30 e de 16:00 as 17:00 H., sendo este horário destinado a organização de arquivos e atendimento aos usuários que procuram a unidade. O médico da equipe permanece às oito horas diárias na unidade realizando consultas agendadas e de demanda espontânea, visitas domiciliares e grupos educativos e os técnicos de enfermagem revezam entre atendimento na unidade e visita domiciliar. É realizada toda quarta-feira o Horário do Trabalhador para atendimento dos trabalhadores após as 17hs, são realizadas consultas médicas agendadas, e exame citopatológico do colo uterino pela enfermeira.

O tempo de trabalho da equipe está dividido entre ações programadas, voltadas à prevenção/educação e atendimentos a demanda espontânea. As ações programadas da equipe consistem em consultas clínicas, pré-natal, puericultura, atendimento ao hipertenso e ao diabético, prevenção de câncer de colo do útero e de mama, planejamento familiar, imunização, teste do pezinho, pequena cirurgia, visita domiciliar, micronebulização, curativo e realização de grupos operativos. No entanto grande parte do tempo é destinado ao atendimento à demanda espontânea e a população pressiona cada vez mais por este tipo de atendimento o que sobrecarrega os profissionais.

Além dos atendimentos já citados, referencia para especialidades no próprio município, e fora do mesmo (TFD).

As reuniões de equipe acontecem semanalmente durante 1 hora e a educação permanente ocorre de 15/15 dias durante 1 hora. Nestes horários a unidade é fechada.

A adesão à puericultura, pré-natal e prevenção de câncer de colo de útero e de mama é adequada, entretanto o atendimento programado ao diabético e hipertenso

sofre com abstenção, uma vez que estes pacientes ainda não valorizam o atendimento preventivo e se interessam apenas pelo atendimento no momento de agudização da doença.

Os grupos operativos que são realizados na unidade são de hipertensos, diabéticos, atividade física (caminhada acompanhada de alongamento e relaxamento), reeducação alimentar, trabalho educativo na escola e sala de espera.

A unidade é campo de estágio da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC nos cursos de Enfermagem e Nutrição.

A equipe utiliza os seguintes sistemas de informação na área da UBS, interligados à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA): SIM, SINAN, SISVAM, SIAB, SIA-SUS, SIS - PRÉ NATAL, HIPERDIA, SINAS-C, Notificações de Doenças Compulsórias, Notificações de Reações Adversas Pós-Vacinal. Os sistemas são organizados através de fichas enviadas pela ESF aos responsáveis pela digitação dos dados gerados na unidade diária e mensalmente.

A ESF Vila Gontijo/Esplanada juntamente com o NASF atende aos casos de transtornos mentais leves a moderados. Os casos graves e/ou em crise, que necessitem de atendimento especializado são encaminhados ao CAPS, após estabilização do quadro são contra referenciados novamente para a ESF para continuidade do tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e Priorização dos Problemas

Através de observação direta, discussão entre a equipe e entrevista com os usuários do sistema, foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles, como se pode ver no quadro 3.

Quadro 03 - Problemas Identificados das Equipes Saúde da Família do município de Bom Despacho/MG

Problema	Importância	Capacidade de enfrentamento
Obesidade	Alta	Parcial
Despreparo dos profissionais para atendimento aos portadores de transtorno mental.	Alta	Dentro
Baixa adesão aos grupos operativos realizados pela unidade de saúde.	Alta	Dentro
Violência.	Médio	Fora
Idosos vivendo sozinhos (ausência de cuidadores).	Médio	Fora
Uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas.	Médio	Fora

6.2 Ações Propostas

A elaboração deste plano de ação tem como finalidade subsidiar na preparação/qualificação do enfermeiro, para o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais. Serão articuladas ações que visam facilitar a adesão dos profissionais ao plano de ação. Entre as ações deste plano, inclui-se a abordagem grupal como uma estratégia promotora de autonomia e transformação pela troca de valores e saberes entre os integrantes contribuindo para construção de um novo modelo.

No quadro 4 poderão ser encontradas as informações referentes às propostas para o delineamento das operações para a Equipe de Saúde da Família Vila Gontijo/Esplanada do município de Bom Despacho.

Quadro 4 - Delineamento das operações

Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Qualificação enfermeiros	Capacitação dos profissionais de enfermagem para proporcionar um atendimento de qualidade e efetivo à comunidade.	Recursos humanos capacitados. Grupos de estudos.	Grupos de discussão da equipe de saúde da família.	Médico Enfermeiro	6 meses
Atendimento qualificado aos portadores de transtorno mental	População satisfeita com os atendimentos realizados na atenção básica de saúde.	Satisfação da população	Atendimentos a comunidade juntamente com a equipe da saúde da família.	Médico Enfermeiro	6 meses

6.3 Recursos Críticos e Atores

Delimitação dos recursos indispensáveis para realização das operações e dos atores responsáveis para que as mesmas sejam implementadas (quadro 5).

Quadro 5 - Recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos	Atores
Qualificação enfermeiros	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.	Profissionais de saúde Secretários de saúde
Atendimento aos portadores de transtorno mental	Organizacional: para organizar os atendimentos; Cognitivo: informações sobre o tema; Político: Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada	Profissionais de saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho verificou-se a necessidade da qualificação dos enfermeiros das ESF do município de Bom Despacho para o atendimento aos portadores de transtorno mental, para atender as demandas geradas na comunidade. A Reforma Psiquiátrica tem como proposta o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Nessa perspectiva as pessoas devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários com humanidade e respeito tendo como principal interesse beneficiar a saúde, visando sua inserção ou reinserção na família, trabalho e comunidade.

Dentro da proposta da reforma psiquiátrica observa-se cada vez mais o portador de sofrimento mental sendo inserido e acompanhado continuamente na rede de atenção básica a saúde. É de grande importância que a ESF também contribua para a desconstrução de um modelo hospitalocêntrico no qual os usuários eram vítimas de maus tratos para um modelo de base comunitária e territorial, no qual o usuário será acolhido, escutado e receberá um tratamento contínuo que permite a resignação de sintomas além do desenvolvimento de atividades coletivas em geral, como caminhadas, palestras, atividades em grupos, entre outras.

Neste contexto os profissionais de enfermagem inserido nas ESF devem estar qualificados para acolher estes usuários, assim como sensibilizados para compreender a organização do modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças. Verificado na revisão de literatura que os enfermeiros não se sentem capacitados para assistir ao portador de transtorno mental.

A reinserção do portador de transtorno mental na comunidade é um grande desafio para os profissionais de saúde da ESF. Sendo assim, se faz necessário a qualificação profissional não se esquecendo de ações articuladas de promoção e prevenção de saúde.

Espera-se que este estudo contribua para melhoria no atendimento a população bem como na qualificação dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. 2.ed. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 2000.

BEZERRA, A.L.Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinale; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de saúde mental**. Brasília, 1987. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relat_final.pdf> Acesso em 20 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de saúde mental**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf> Acesso em 20 nov 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>> Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 28 nov. 2013.

BRASIL. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 28 nov. 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

ESPINOSA, A.F. **Guias práticos de enfermagem: psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2001.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 10, n. 2, Dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>> Acesso em: 14 abr. 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977

FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo: Cortez, 1993.

FREIRE, P. **Saberes necessários à prática educativa: ensinar não é transmitir conhecimento**. In: Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 Jul. 2014.

KANTORSKI, L.P. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Rev Latino Americana Enferm**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 27-34, Dez 2000.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária UFPel; 2001.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad Saúde Pública**. v. 15, nº 2, p. 15-27, 1999.

LOBOSQUE, A.M.; SOUZA, M.E. (org.) **Atenção em saúde mental**. 1 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

LUSSI, I.A.O. **Concepção sistêmica do indivíduo: auto-organização e reabilitação psicossocial**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

MELO, C. **Divisão social do trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MARAGNO, L. et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. Rio de Janeiro, v 22, nº 8, ago. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>>. Acesso: em 08 ago. 2014.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução: Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PIRES, D. **Hegemonia médica na Saúde e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Cora, 1994.

SILVA FILHO, J. F. **A medicina, a psiquiatria e a doença mental.** In: TUNDIS, S. A.C.; COSTA, N. R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1987.

STEFANELLI, M.C. **Perspectivas da enfermagem psiquiátrica no século XXI.** Trabalho Apresentado à Reunião Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizado em 09 de setembro de 2003, São Paulo.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica.** Tradutor Marica Lisboa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.15, n.2, p. 287-295, Abr/jun. 2006.

YASUI, S. A. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.

