



**Metassínteses Qualitativas e Revisões Integrativas**

# **Práticas da enfermagem na Educação para a Saúde na rede de atenção à Saúde Mental: a reforma (também) necessária**

*Nursing practice in Health Education network of Mental Health care: the reform (also) required*

**Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>1</sup>**  
**Gisele Coscrato<sup>2</sup>**  
**Sonia Maria Villela Bueno<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, líder do grupo de pesquisas GEPPEs e membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão do CAESOS

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências, Membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão do CAESOS

<sup>3</sup> Pedagoga, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Professora Livre-Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão do CAESOS

**Resumo:** Analisar a prática educativa do enfermeiro na saúde mental frente à política da reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial com vistas à educação emancipatória foi o objetivo desse estudo, conduzido por meio da revisão narrativa da literatura científica. A análise dos resultados encontrados e subsequente discussão convergiram para os temas: a reforma sanitária; a reforma psiquiátrica: retomando o passado, relatando o presente e pensando no futuro; a reforma da Educação para a Saúde; horizontes para a enfermagem na Educação para a Saúde mental. Apontamos a necessidade de uma prática de enfermagem em saúde mental que não finalize nessa área, mas que se articule com toda a rede de serviços do SUS.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde Mental, Educação em Saúde.

**Abstract:** Analyze the nurses' educational practice in mental health policy reform front psychiatric and psychosocial rehabilitation with a view to emancipating education was the goal of this study, conducted by the narrative review of scientific literature. Analysis of results and subsequent discussion converged to the themes: health reform; psychiatric reform: bringing back the past, analyzing the present and thinking about the future, reform of health education; horizons for nursing in Education for Mental Health. We point out the need for nursing practice in mental health that will not exit this area, but that meshes with the entire network of SUS services.

**Keywords:** Nursing, Mental Health, Health Education.

## **1. Introdução**

A reforma psiquiátrica possibilitou uma nova abordagem na atenção à saúde mental, cuja concretude se fez mediante a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

Faz-se necessário destacar que a desinstitucionalização refere-se ao processo pelo qual os chamados doentes mentais foram retirados das instituições asilares, de forma estratégica, e reinseridos na sociedade<sup>1</sup>. A reabilitação psicossocial, portanto, passou a ser o objetivo da atenção a esta clientela, possibilitando que as deficiências e danos provocados pelos transtornos mentais fossem diminuídos na medida em que suas habilidades fossem aumentadas<sup>2</sup>.

Neste sentido, as práticas da enfermagem sofreram mudanças, impulsionadas por este atual paradigma da atenção em saúde mental, em que se privilegiam a permanência do indivíduo no seio da sociedade, apoiando-o e incentivando à vida social de forma ética, humanista e integral, não o reduzindo a uma doença crônica. Contudo, assinala-se dificuldade frente esse contexto, uma vez que ainda é presente a atuação do enfermeiro embasada pela visão organicista 3.

Isto posto, reforçamos que a enfermagem é ciência do cuidado humano através do ensino do autocuidado 4. Para tanto, afirma-se que uma das atribuições da enfermagem, na rede de atenção à saúde mental, seja também de educar as pessoas para a saúde, de forma individualizada, respeitando suas particularidades e contexto 5. No entanto, questionamos esta forma de ensinar/educar, pois a prática educativa ainda caminha a passos lentos sem, por vezes, acompanhar a mesma evolução dos outros aspectos da atenção psicossocial.

No entanto, há de ser questionado o foco desse ensino/educação na saúde mental, pois pautado pelos ideais da chamada 'nova saúde pública' e em consonância com as premissas da reinserção social da pessoa com transtorno mental, não há espaços para a educação tradicional, centrada na doença, na culpabilização e no adiestramento de comportamentos desejáveis. Há de se conduzir a educação voltada para o empoderamento das pessoas, para sua autonomia e participação 6 .

Ensinar não pode ser entendido como transmissão de informação. Esta concepção é, pois, ultrapassada, mas ainda presente nas ações de enfermagem, sendo apontada como aquela que necessita de reorganização, especialmente em saúde mental, visto que precisa acompanhar o caminhar deste novo paradigma.

Destacamos que o Sistema Único de Saúde (SUS) está em construção pelos atores, quais sejam profissionais de saúde, gestores e usuários, desde sua criação em 1988 - processo esse inserido na conquista e manutenção diária da democracia em nosso país. É importante que se considere a historicidade dos fatos, pois as políticas de saúde e sua legalização advêm de contextos históricos que ocorreram e ocorrem, sendo delineadas a partir de seus acontecimentos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros aspectos, prega a integralidade e a intersetorialidade na saúde, e, portanto, faz-se mister que os profissionais sejam formados e atuem em busca da promoção da saúde mental e, em casos de transtornos, estejam preparados para promover real reabilitação psicossocial, em um agir em saúde mais humanizado na qual se inserem as práticas educativas.

## **2. OBJETIVO**

O presente estudo objetivou analisar a prática educativa do enfermeiro na saúde mental frente à política da reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial com vistas à educação emancipatória.

## **3. METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo bibliográfico por meio da revisão narrativa da literatura científica. Destaca-se que esse método de pesquisa utiliza referenciais teóricos atuais e contextualizados com o assunto abordado, encontrados em bases de dados online, bibliografias, dissertações, teses e documentos oficiais, visando à análise reflexiva e crítica da realidade.

A questão norteadora desse trabalho, portanto, foi: qual tem sido a prática educativa do enfermeiro na área da saúde mental diante das demandas da reforma sanitária, psiquiátrica e da reabilitação psicossocial na perspectiva da educação em saúde emancipatória?

Assim, buscamos produção científica dos entre 2000 e 2009, nas bases de dados SciElo e Lilacs utilizando dos descritores: enfermagem, saúde mental, psiquiatria e educação em saúde.

Na base de dados SciElo, conjugando os descritores enfermagem, saúde mental e educação em saúde encontramos 4 artigos e verificamos que todos atendiam o objetivo do nosso estudo. Conjugando os descritores enfermagem, psiquiatria e educação em saúde encontramos 3 artigos, dos quais 2 não atendiam o objetivo do nosso estudo e 1 fazia parte da busca anterior.

Na base de dados LILACS, conjugando os descritores enfermagem, saúde mental e educação em saúde encontramos 108 artigos, dos quais 10 atendiam o objetivo do nosso estudo, mas 2 haviam sido encontrados na base de dados Scielo. Conjugando os descritores enfermagem, psiquiatria e educação em saúde encontramos 24 artigos, dos quais nenhum atendia ao objetivo do nosso estudo.

Também pesquisamos documentos oficiais da reforma sanitária e do Ministério da Saúde que versavam sobre a temática saúde mental, reforma psiquiátrica e Lei Orgânica da Saúde, totalizando seis documentos/textos.

Após o levantamento da literatura, a bibliografia disponível foi organizada e fichada, ocorrendo assim a primeira aproximação referente ao assunto, sendo agrupados em seus aspectos conceituais. Para organizar esta análise documental, fez-se uso de um quadro de autores e de termos-chave que instrumentalizou a análise dos conceitos principais apresentados nos artigos, a fim de analisar as publicações que abordam a temática em questão.

Na etapa de tratamento dos dados, empregou-se o processo de codificação e de inferências sobre as informações contidas nas publicações, procurando encontrar os temas abordados por intermédio da análise de seu conteúdo.

## **4. RESULTADOS**

A análise dos resultados encontrados convergiu para temas, a partir dos quais foi realizada discussão, a saber: 1) A reforma sanitária; 2) A reforma psiquiátrica: retomando o passado, relatando o presente e pensando no futuro; 3) A reforma da Educação para a Saúde; 4) Horizontes para a enfermagem na Educação para a Saúde mental.

## **5. DISCUSSÃO**

Passaremos a discutir cada um destes temas de forma separada, como segue.

### **1) A reforma sanitária**

Qualquer que seja a política de saúde que se trate no território nacional, há de se contextualizá-la com a reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde

(SUS), pois dele as demais políticas surgiram, como forma de organização das ações de saúde respeitando seus princípios e diretrizes.

O Ministério da Saúde 7 afirma que a reforma Sanitária surgiu do movimento sanitário entendido como um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo o entendimento da melhoria das condições de vida da população, através da participação popular.

A reforma sanitária aconteceu como forma de redemocratização brasileira, logo após longos anos de ditadura, sendo pontuada como uma conquista, especialmente ao considerar que dela surgiu o atual sistema de saúde e as mudanças no modelo de atenção à saúde, culminando no direito constitucional à saúde e dever do estado, reforçado pela Lei nº 8080/80 e nº 8142/90 8.

Neste sentido, a reforma sanitária demarcou o conjunto de reformas sociais no Brasil, sobretudo no tocante às práticas em saúde, que ainda se constroem rumo à consolidação do SUS 9. Não obstante, as Leis nº 8080/80 e nº 8142/90 conduziram a definição de diretrizes, princípios e financiamento das ações de saúde em todo território nacional. Marcaram, e ainda determinam, as ações de saúde em todo território nacional. Foram elencados como princípios e diretrizes do SUS 10:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Ainda, como seus objetivos 10:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A partir de então, quaisquer que fossem as reorganizações assistenciais em saúde, tais prerrogativas legais deveriam ser consideradas. Vale destacar que as ações de promoção à saúde ganham verdadeiramente espaço, e cujas ações educativas fazem parte, como trataremos adiante.

Nestes quase 30 anos do SUS muitas políticas públicas surgiram, permitindo que tal sistema se consolidasse. Dentre estes, e objeto maior de estudo por este trabalho, está a Política de Saúde Mental que 11:

(...) apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa, programa que oferece uma bolsa para egressos de longas internações em hospitais Psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Por conseguinte, esta política prevê a inclusão de programas de saúde que objetivam a redução gradual e organizada de leitos hospitalares com baixa qualidade. São dois os programas para este fim: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). Por tratar-se de política e programas apoiados pela reforma psiquiátrica, os abordaremos no próximo sub-tópico.

## **2) A reforma psiquiátrica: retomando o passado, relatando o presente e pensando no futuro**

A reforma psiquiátrica acompanhou a própria história da psiquiatria, e, "foram os 'reformadores' da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade". O mesmo autor comenta, ainda, que esta reforma seguiu o séc. XIX na busca da cientificidade e especialização da psiquiatria e no séc. XX buscou discutir a ineficiência do modelo asilar. No Brasil, também questionou a estrutura manicomial da Era Vargas e o movimento de psiquiatria comunitária das décadas de 70 e 80 12.

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira, então, nasceu da luta pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. Mas, também, mantém relação com outros dois momentos anteriores: o modelo das comunidades terapêuticas, e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva. Este, propagou as concepções acerca da saúde mental e de intervenção preventiva na comunidade 12.

Sobre a reforma psiquiátrica 13, afirmava-se que:

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.

Desta forma, a reforma centra-se hoje na cidadania, e por esta razão muitos saberes e práticas estão envolvidos. Abarca a clínica, o social, o jurídico, e muitas outras 12.

Sob o ponto de vista legal brasileiro, a Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, afirma que os municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes devam organizar a atenção à saúde mental com os seguintes serviços: CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental (grifo nosso). Sendo assim, em consonância com as conquistas obtidas no sistema de saúde brasileiro, a assistência na área psiquiátrica também muda o foco, e o objeto passa a ser a saúde mental. Em abril de 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216/01. Essa lei dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, prevendo a mudanças de paradigmas na assistência psiquiátrica e a gradual substituição dos manicômios por outros serviços de tratamento nessa área 14.

### **3) A reforma da Educação para a Saúde**

A educação em saúde, historicamente, passou por frequentes mudanças de paradigmas, nos campos nacional e internacional. O surgimento do SUS, na década de 1980, acompanha o acontecimento dos movimentos sociais que lutaram por mudanças mais radicais nas políticas sociais e de saúde. Como uma ferramenta de participação popular nos serviços de saúde, e da ciência na vida cotidiana das pessoas, surge a educação em saúde 15-16.

A educação em saúde começou a ser instaurada nos primórdios do século XX, entretanto era mais voltada para o sanitarismo, e era denominada educação sanitária. Somente a partir da década de 70 é que passou a ser chamada de educação em saúde. Entretanto, nesse período, a educação em saúde ainda estava incorporada à prevenção de doenças e a mudança de hábitos que pregava o modelo biomédico hegemônico 4.

Desta forma, neste resgate da história da educação em saúde, afirma-se que sua denominação assinala não somente uma mudança de termo, mas, ainda, uma mudança conceitual nas ações preconizadas, apoiadas e implantadas pelo Ministério da Saúde 16. A razão disso é que o modelo biomédico era o predominante, em que não se considerava o ambiente político, cultural e psicossocial em que vivem o indivíduo, família e comunidade. Os conhecimentos são transmitidos, de modo autoritário e vertical, não havendo a reivindicação e tomada de decisões, estando focado no contexto biológico 15.

Após a década de 80, os movimentos sociais que culminaram na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram os mesmos que fizeram surgir a atual estratégia de Educação para a Saúde marcada pela sua relação com a cientificidade da vida, e não mais como meramente, uma atividade complementar 17. A prática desta educação, a partir do SUS, além da mudança terminológica, envolve também uma mudança de

paradigma, pois foi executada durante anos baseada no modelo biomédico, com ênfase na transmissão de conhecimentos 16.

Preroga-se, neste novo modelo, a escuta das necessidades e expectativas dos clientes; não enfoca exclusivamente as ações medicamentosas, mas incentiva o auto-cuidado e a troca de saberes e experiências, de modo horizontal entre os usuários e profissionais de saúde, além de haver a multidisciplinaridade 15.

Vimos em Freire uma possibilidade aberta de práticas voltadas para esta nova concepção de educação, pois concebe o homem enquanto ser inacabado, como um ser capaz de transformar a si e a sociedade, e insere a Educação para a Saúde como âncora desse inacabamento 18-19. Ela somente promove o desenvolvimento ao considerar-se o cotidiano da vida, e seus elementos constitutivos da relação entre o mundo e o sujeito, a saber, o contexto social, espiritual, econômico, político e cultural. Nesse sentido, a Educação para a Saúde é inserida no processo de resgate da cidadania, dos direitos do homem, da ética e da solidariedade. A educação seria conscientizadora, crítica e transformadora diante da realidade, havendo a dialogicidade entre comunidade, família, usuários e equipe clínica, tendo como figura essencial o profissional enfermeiro, que tem contato direto com os pacientes, prestando cuidados, além de realizar diversas funções administrativas 20.

A prática da Educação para a Saúde é discutida destacando-se a necessidade da articulação entre as representações sociais e a experiência da doença nas práticas educativas em saúde, possibilitando uma efetiva mudança de comportamento em saúde. Ainda, comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde "são, então, explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior"(21). Esta visão tem se provado cada vez mais equivocada, e questionamentos tem se mostrado de grande valia para a superação deste recurso metodológico.

Há de se destacar que os termos Educação para a Saúde, comumente chamado de educação em saúde, e promoção da saúde são atributos diferentes. Encontramos uma clara definição destes termos 22:

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Sobre a promoção da saúde, o mesmo autor 22 reforça tratar-se de:

[..] uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde.

Analisando estes dois aspectos e provocando uma visão multidirecional da atenção à saúde mental, é clara a interpretação de que tanto a Educação para a Saúde como a promoção da saúde são desejáveis e necessárias.

Neste sentido, devem-se articular as estratégias educativas para a saúde com as estratégias de promoção da saúde, entendendo que nesta última está contida a primeira; promover a saúde é, portanto, algo maior e mais abrangente, e que contempla a contextualização do mundo daquele que é educado, não excluindo seus inúmeros fatores determinantes.

#### **4) Horizontes para a enfermagem na Educação para a Saúde Mental**

A primeira ruptura que se faz necessária no cuidado de pessoas que vivenciam condições crônicas de saúde é a de compreender que não basta controlar a doença e prevenir complicações para reduzir ou adiar incapacidades e promover o bem-estar físico, mental e social.

Faz-se necessário uma mudança no enfoque do cuidado da doença para o cuidado da pessoa, evitando o reducionismo daquele que vivencia uma doença à sua própria patologia. Pelo contrário, o discurso dos cuidadores deve permear a consciência de que o sujeito – ativo, autônomo e livre – deva ser o centro da atenção.

Esta ruptura necessária pode ser contextualizada no panorama histórico dos modelos assistenciais e da inserção do tema promoção da saúde como concepção de um movimento ideológico, que surge em resposta a acentuada medicalização da saúde no interior da sociedade e do sistema de saúde<sup>23-24</sup>. Destaca-se que a promoção vem evoluindo no tempo e representa atualmente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, não sendo mais vista como um nível de atenção<sup>25</sup>.

Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde considerem e avaliem os benefícios do processo terapêutico, em termos de não apenas adicionar anos à vida, mas também, melhorar a qualidade dos anos de vida das pessoas, sendo que os espaços que valorizam a qualidade de vida podem ser meios para propiciar bem-estar integral a estas pessoas<sup>26</sup>.

O caráter assistencial das ações de saúde possui, na atualidade, íntima relação com as atividades educativas. Isto porque indivíduos portadores de doenças crônicas precisam incorporar mudanças em seu cotidiano tanto quanto indivíduos saudáveis que precisam manter sua saúde integral<sup>27</sup>. Mais uma vez, destaca-se a questão da promoção da saúde, que não pode ser de menos valia que a prevenção de doenças.

Um exemplo desta prática que prioriza a biogenicidade está ao se tratar de pessoas portadoras de doenças crônicas, quando as ações educativas são implantadas e implementadas objetivando a adesão do paciente/cliente a novos hábitos de vida.



Assim, o comportamento em saúde deve ser (re)aprendido com vistas ao impacto na morbi-mortalidade. Esta visão tradicional, ainda perdura nas ações educativas em saúde, com estratégias de transmissão de conhecimentos. E evidencia-se o paciente reproduzindo o discurso médico sem, por vezes, compreender seu significado 28. Isso pressupõe observar a tendência à submissão ao tratamento invasivo e agressivo, na tentativa do paciente dominar a doença e sentimento de incapacidade, abandono e ansiedade gerados por ausência ou insegurança nos conhecimentos e cuidados de saúde. Com isso, nota-se que o saber médico biologicista e a pedagogia tradicional, nem sempre têm sido bem-sucedidos 28.

Nesta prática, os profissionais de saúde, muitas vezes, estão mais preocupados com o tecnicismo e valorização biológica do ser humano, do que propriamente, em todas as suas potencialidades e complexidade da vida. E, numa atitude mecânica e culturalmente assumida, acabam se esquecendo das outras necessidades humanas que estão sob seus cuidados, a saber, suas necessidades sociais, emocionais e espirituais.

Para educar de forma contextualizada, faz-se primordial o reconhecimento da realidade de cada sujeito, assim como suas necessidades, seus valores, suas crenças, suas expectativas e seus conceitos de vida e qualidade, permitindo assim, uma prática educativa para a saúde e não apenas para as exigências impostas pela doença porque assim seria educar para a doença 26.

O enfermeiro insere-se nos espaços entre a equipe e possui capacidade de exercer o uso de tecnologias leves, ao acolher, corresponsabilizar, criar vínculo e auxiliar na autonomia do usuário. Isso faz dele um profissional atuante na assistência holística, que estabelece estratégias que valorizem o diálogo, a interdisciplinaridade, tanto entre os saberes formais da equipe multidisciplinar, quanto dos saberes não-formais 29.

A segunda ruptura que se faz necessária, situa-se em contemplar, ao mudar o objeto de cuidado (a saúde e não mais a doença), o ser humano em suas necessidades básicas, ao considerá-lo como ser pensante e diferente dos animais 19, e que portanto, necessita da promoção e proteção à saúde, na busca pela qualidade de vida, tornando-o autônomo e com discernimento ao lidar com as dificuldades da vida social. Isso posto, o nível primário de atenção incorpora uma tarefa essencial e de muita complexidade.

Na rede de saúde mental, figuram-se as ações da atenção básica sendo realizadas pelos diversos profissionais e inclusive pelos serviços de atenção básica à saúde, como o Programa de Agentes Comunitários e o Programa Saúde da Família, tendo em vista que estes serviços e as unidades básicas de saúde são a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde. É recomendado que estes serviços tenham como referência um profissional ou equipe especializada na área de saúde mental, visando o suporte e supervisão, de forma que o tratamento seja discutido em conjunto entre equipe e usuários 30-31.

Assim, a saúde mental e a reabilitação psicossocial configuram novos paradigmas, em um cenário que a educação para a saúde deve fornecer subsídios para o diálogo entre usuários, equipe de profissionais de saúde e gestores. Isto posto, surge o diálogo, considera-se o meio em que o sujeito está inserido, permite considerar o transtorno psíquico como apenas uma informação na história de uma pessoa, na quebra de "manicômios internos" ou de instituições totais na configuração das próprias instituições de saúde e nas concepções acerca da saúde da vida das pessoas, na busca pelo resgate da cidadania 32-33.

Articular saúde mental e atenção básica exige intersetorialidade, noção de território, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, promoção de cidadania e autonomia para usuários e familiares. A Política Nacional de Humanização visa nova organização

nesse sentido, ao apresentar os conceitos de equipe de referência e o apoio matricial. A equipe de referência é a equipe de saúde da família, que tem como principal característica a criação de vínculo com a comunidade e atenção integral, e solicita assim, dentro da concepção de integralidade da atenção, o apoio matricial 34.

Portanto, há que enfatizar a necessidade de interação dos centros de atenção psicossocial e os ambulatórios de saúde mental com as equipes de atenção básica, estabelecendo planos conjuntos de levantamento de dados sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território. Nesse processo, o apoio matricial, inclusive com a participação do enfermeiro especialista, atende conjuntamente situações mais complexas, realiza atividades educativas permanentes (incluindo a quebra de preconceitos e diminuindo a segregação relacionada à loucura, por parte de equipe e comunidade, com relação às doenças mentais), realiza visitas domiciliares, delinea a reabilitação psicossocial, constrói redes de interação e comunicação de famílias e comunidade 35.

Atuando como coordenadores dos cuidados, os enfermeiros especialistas compartilham seus conhecimentos e habilidades com os enfermeiros generalistas, aumentando seu potencial de cuidado. Assume responsabilidades e promove a integração entre saberes e práticas.

## 6. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Tentamos abarcar os conhecimentos teóricos atuais que permeiam as práticas e políticas em saúde mental e em enfermagem, buscando a ampliação das possibilidades e olhares de novos paradigmas relacionados ao contexto estudado.

Diante do exposto, apontamos a necessidade de uma prática de enfermagem em saúde mental que não finalize nessa área, mas que se articule com toda a rede de serviços do SUS. A proteção e promoção em saúde devem permear todos os níveis de atenção em saúde, não enfocando somente os casos crônicos. Mas que incorporem a busca pelo lazer e pela qualidade de vida, na prevenção do desenvolvimento da doença mental e, mais do que isso, do saber viver com as dificuldades da vida pelos quais todos passamos; processo esse que deve estar articulado com outros aspectos da vida em sociedade.

Por ações educativas nos dias atuais não se concebe a verticalização, em que palestras sejam consideradas a melhor opção, sobretudo quando não garantem a valorização da vida, o respeito às diferenças e às historicidades, a atenção integral e humanizadora.

Destaca-se a necessidade de articulação de saberes dos enfermeiros especialistas em saúde mental com os demais da rede de atenção, em ações que não visem a domesticação dos usuários do sistema, mas sim, em contrapartida, uma atenção individualizada, respeitosa e ética. Em suma, que não se eduque somente para algumas habilidades pontuais necessárias, mas que se eduque para a vida, em sua plenitude.

Este estudo aponta, ainda, para mais estudos no que concerne ao assunto estudado, a partir do que concluímos que não se delimitam, portanto, ações de enfermagem educativas em saúde mental, mas em saúde e no ser humano, em toda sua complexidade. A mudança do olhar para um novo objeto, a saúde, e não mais para a doença, determina práticas e políticas que vislumbrem a saúde sendo contemplada como um direito de todos, visando a cidadania, a conquista da democracia de forma mais factual e de igualdade social, nos aspectos mais básicos de se viver de forma digna e humana.

## Referências Bibliográficas

1. Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e a fortalecer o sistema único de saúde / Psychiatric Reform in Brazil: helping build and strengthen the Unified National Health System. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)* 2008;24:1962-63.
2. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(3):448-56.
3. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003;11(3):333-40.
4. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm* 2009; 43( 3): 697-703.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
6. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):423-31  
Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
7. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
8. Matta GC, Lima JCF. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface comunicação, saúde, educação* 2009; 13 (supl 1):771- 80.
10. Ministério da Saúde (BR). Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080/1990 . Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Mental. [acesso 26 nov 2009]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925).
12. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2002;9(1):25-59.
13. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília; 2002.
15. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
16. Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(1):55-63.
17. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad Saúde Pública* 1998;14-2:39-57.
18. Freire P. Educação para a prática da liberdade. 21.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
19. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 22.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1993.
20. Freire P. Educação e mudança. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

21. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):200-6.
22. Candeias NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):209-13.
23. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):163-77.
24. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
25. Heidemann ITSB. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
26. Vila VSC. O significado de qualidade de vida: perspectivas de indivíduos revascularizados e de seus familiares. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006.
27. Naidoo JH, Wills J. O desenvolvimento da educação e promoção da saúde. In: Naidoo JH, Wills J. *Health: foundations for practice*. London (UK): Balillière Tndall; 1998.
28. Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):307-14.
29. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):335-42.
30. Secretaria Estadual de Saúde (RGS). *Guia de Serviços de Saúde Mental Rio Grande do Sul: cuidar, sim - excluir, não*. Rio Grande do Sul: Secretaria Estadual de Saúde; 2001.
31. Ministério da Saúde (BR). *Oficina de Inclusão de Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família*. Brasília, 20 a 22 de março de 2001. [acesso 26 nov 2009]. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/PSF.htm>>
32. Kantorski LP. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online] 2007;3(1):00-00. [acesso 26 set 2010]. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762007000100009&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100009&lng=pt&nrm=)
33. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspetiva; 1974.
34. Ministério da Saúde (BR). *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
35. Soares MH. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [internet]. 2008;4(2):00-00. [acesso 26 set 2010]. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200006&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200006&lng=pt&nrm=)

---

Artigo Recebido: 08.12.2014

Aprovado para publicação: 20.03.2015

### **Vanessa Denardi**

Universidade Estadual de Maringá-PR

Av. Colombo, 5790, UEM - Campus Universitário, Bloco 1- Departamento de

Enfermagem, Jd. Universitário

CEP 87020-900 Maringá-PR

Email: [vanessadenardi@hotmail.com](mailto:vanessadenardi@hotmail.com)

---