



O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CLINICAL NURSING CARE IN MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE

EL CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMARÍA EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMÁRIA A LA SALUD

Deivson Wendell da Costa Lima¹, Juce Ally Lopes de Melo², Vilcelânia Alves Costa³, Alcivan Nunes Vieira⁴, Lia Carneiro Silveira⁵, Rubia Mara Maia Feitosa⁶

RESUMO

Objetivo: compreender o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise temática. O estudo teve aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n^o. 184/2010. **Resultados:** a prática clínica no cuidado de enfermagem em saúde mental, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, reproduz a clínica biologicista e medicalizadora; limita-se ao cadastramento do usuário, ao fornecimento de medicação e ao encaminhamento para os serviços especializados. **Conclusão:** o acolhimento e a escuta qualificada não fazem parte da atenção destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Os enfermeiros mostraram falta de qualificação em saúde mental como um grande entrave para a operacionalização do cuidado a partir dos dispositivos da clínica ampliada. **Descritores:** Enfermagem; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the clinical nursing care in mental health in primary health care. **Method:** descriptive study with a qualitative approach. The subjects were nurses working in primary care units. Data was produced by semi-structured interviews and submitted to content analysis technique in the thematic analysis mode. The study project was approved by the Research Ethics Committee, protocol no. 184/2010. **Results:** clinical nursing care practice in mental health, in the context of Primary Health Care, reproduces a clinic focused on biological and medical aspects; is limited to user registration, the supply of medication and referral to specialized services. **Conclusion:** welcoming and qualified listening are not part of care directed to individuals in psychological distress. Nurses have shown a lack of qualification in mental health as a major impediment to the operationalization of care from the amplified clinic devices. **Descriptors:** Nursing; Mental Health; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: comprender el cuidado clínico de enfermaría en salud mental en la Atención Primaria a la Salud. **Método:** estudio descriptivo, con abordaje cualitativa. Los sujetos fueran enfermeros que actúan en unidades básicas de salud. Los datos fueron producidos por medio de entrevista semiestruturada y sometidos a la Técnica de Análisis de contenido en la modalidad Análisis temática. En el estudio fue aprobado el proyecto por el Comité de Ética en Investigación, protocolo n^o. 184/2010. **Resultados:** la práctica clínica en el cuidado de enfermaría en salud mental, en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud, reproduce la clínica biologicista y medicalizadora; se limita al catastro del usuario, al fornecimiento de medicación y al encaminhamiento para los servicios especializados. **Conclusión:** el acogimiento y la escucha cualificada no hacen parte da atención destinada a los sujetos en sufrimiento psíquico. Los enfermeros mostraran falta de calificación en salud mental como un gran obstáculo para la operacionalización del cuidado a partir de los dispositivos de la clínica ampliada. **Descritores:** Enfermaría; Salud Mental; Atención Primaria a la Salud.

¹Enfermeiro, Professor Mestre, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/UERN. Mossoró (RN), Brasil. E-mail: deivsonwendell@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte /UERN. Pau dos Ferros (RN), Brasil. E-mail: juceally@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Ambiente, Tecnologia e Sociedade, Universidade Federal do Semiárido. Mossoró (RN), Brasil. E-mail: deivsonwendell@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Doutorando, Programa em Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE). Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Mossoró (RN), Brasil. E-mail: alcivan_nunes@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Psicanalista, Docente do Programa em Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE). Membro do Fórum do Campo Lacaniano de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: silveiralia@gmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda, Programa em Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: rubinhafeitosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda não atende aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A estruturação do campo da Saúde Mental na APS no Brasil é relativamente recente e complexa, sendo incipiente a sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção, o que demonstra dificuldades na troca de conhecimentos e na capacitação dos profissionais.¹

Ao visualizarmos esta assistência na prática, percebemos que esta se restringe a entrega de receitas médicas de psicotrópicos ao paciente e, por vezes, a alguns encaminhamentos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, vale ressaltar que, a própria entrega de receitas médicas de psicotrópicos é feita de forma meramente mecânica, sem orientações, nem explicações acerca de precauções, cuidados e efeitos colaterais que tal psicotrópico pode apresentar ao paciente. Dessa forma, há uma defasagem muito grande quanto à assistência de enfermagem no âmbito dos cuidados a serem prestados ao paciente em sofrimento psíquico. Ainda de forma preliminar, o cuidado em saúde mental esboça experiências do desejo, da alteridade e da questão do compartilhamento de saberes, fato que necessita de um cuidar integral e multifacetado, individual e social.²

Partindo deste contexto e considerando a especificidade do sujeito em sofrimento psíquico, o presente artigo teve como objetivo:

- Compreender o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no município de Mossoró/RN, no período de julho a setembro de 2010. A escolha destas UBS foi por se constituírem em campos de estágio e de práticas supervisionadas para os cursos de enfermagem existentes na cidade. Assim, são locais onde as práticas clínicas assumem um caráter pedagógico, por vezes inovador, diante das demandas assistenciais.

Nestas unidades, atuam seis enfermeiros como integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que também atuam na supervisão direta dos acadêmicos de enfermagem, por ocasião dos estágios supervisionados obrigatórios; assim, possuem

aproximações distintas com a proposta da clínica ampliada.

Optou-se como técnica para produção dos dados a entrevista semiestruturada a partir das seguintes questões norteadoras: qual a sua percepção acerca dos cuidados em saúde mental junto ao sujeito em sofrimento psíquico, no âmbito da APS? Que estratégias são adotadas no sentido de ampliar a prática clínica voltada para o sujeito em sofrimento psíquico, no âmbito da APS?

As entrevistas foram gravadas, depois de transcritas e estruturadas em um texto que foi submetido à análise de conteúdo.³ Esta foi organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.³

A primeira etapa, pré-análise, consistiu na organização do material a ser analisado e a formulação de ideias para a elaboração de indicadores para a interpretação final. Nessa etapa, foi realizada a leitura dos dados obtidos possibilitando maior aproximação com o conteúdo. Na segunda fase, foi designada a exploração do material, que correspondeu à leitura aprofundada de todo o material a ser analisado, conferindo uma organização das falas. A terceira fase, por sua vez, consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa etapa, foram realizadas as interpretações e conclusões dos materiais a ser analisados, assim como a correlação com o referencial teórico, ampliando, dessa forma, o conhecimento sobre o assunto pesquisado.³

Em conformidade com a Resolução 196/96 do CNS/MS, o projeto do estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade Potiguar e aprovado com o Protocolo 184/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos dos entrevistados foram identificadas duas categorias temáticas que expressaram como vem sendo realizado o cuidado de enfermagem junto ao sujeito em sofrimento psíquico na APS. Estas categorias se aproximam teoricamente quando os enfermeiros concebem o sofrimento psíquico enquanto uma doença à luz do modelo biomédico. Esse modelo compreende a doença exclusivamente a partir do corpo orgânico e de suas manifestações morfológicas e funcionais.⁴

O cotidiano dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme o modelo de atenção que adotado, nem sempre o cuidado em saúde está comprometido efetivamente com a promoção da saúde mental. Persiste a adoção de práticas pautadas no modelo biologicista e

Lima DWC, Melo JAL de, Costa VA et al.

O cuidado clínico de enfermagem em saúde mental...

medicalizante, operacionalizado através de uma prática clínica centrada na doença em detrimento do sujeito que sofre.⁵

A clínica no cuidado em saúde mental, na APS, está distante dos propósitos da reforma psiquiátrica brasileira; restringe-se, por vezes, a uma atuação instrumentalizada por protocolos e rotinas pouco eficazes na produção de vínculos assistenciais.⁶

● A clínica no cuidado de enfermagem junto ao sujeito em sofrimento psíquico

Esta categoria traz a reflexão acerca da clínica no cuidado de enfermagem na saúde mental, que hegemonicamente se caracteriza por um cuidado eminentemente curativo e medicalizante, desvinculando o paciente da sua condição de sujeito.

O que a gente faz aqui é transcrever as receitas médicas e entregar os medicamentos, quando tem aqui no posto. (E2)

Essa fala nos remete a dois pontos importantes: concepção de clínica e destituição da subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico. A primeira está ancorada na concepção do sofrimento psíquico enquanto uma doença. Tal concepção não surge ao acaso, ela nasce no século XIII, com o advento da medicina científica. Uma clínica que concebe tudo o que foge a norma como patológico.⁷

O segundo ponto pauta-se na clínica anatomopatológica cujo olhar do médico assume um poder capaz de detectar os acontecimentos singulares, assim como de descrevê-los sob a sua razão. Deste ponto de vista, o signo na clínica anatomopatológica procura excluir o sujeito, pois só o médico é capaz de relacionar, legitimar e certificar a doença como tal.⁸

Desse modo, na clínica anatomopatológica, o sofrimento psíquico é apreendido como doença cuja intervenção deve ser assegurada por meio de procedimentos e medicamentos. Segundo o discurso dos entrevistados, percebeu-se o distanciamento do profissional em relação ao sujeito em sofrimento psíquico e a tentativa de objetificá-lo em um corpo orgânico, sede da doença. Não se busca acolher o sujeito, mas dar-lhe um direcionamento a partir da do quadro clínico de sua doença. A saída mais rápida é, então, o encaminhamento, portanto, a clínica no cuidado de enfermagem se materializa na entrega de medicamentos e no encaminhamento para o tratamento especializado.

Não sei identificar quem é grave, quem não é grave. Encaminho todos para o médico ou logo para Unidade Integrada de Saúde

Mental que tem especialistas em saúde mental. (E3)

A escuta clínica que deveria ser o norte das práticas de cuidado dos enfermeiros aos sujeitos em sofrimento psíquico é inexistente, quando existe, é fortemente guiada pela nosologia psiquiátrica, constatando-se inclusive uma tentativa de organizar uma tipologia da clientela em torno dos quadros diagnósticos mais frequentes.⁹ Como é possível observar no relato: “não sei identificar quem é grave, quem não e grave”.

Desse modo, conseguimos visualizar os desafios para se efetivar o cuidado de enfermagem junto ao sujeito em sofrimento psíquico na APS, destaca-se a forma como esse cuidado e como a clínica é concebida. No contexto pesquisado esse conceito é confundido com a execução de ações pontuais executados pelos enfermeiros, transcrição e entrega de medicamentos e encaminhamento dos pacientes. Todas as ações são médico-centradas e direcionadas para a doença, e não para o sujeito em sofrimento psíquico, desvalorizando, assim, a sua história de vida, seus valores e a forma como ele significa seu próprio sofrimento.¹⁰

O paciente chega agitado ou ansioso demais e quer logo a receita do remédio controlado. Primeiro ele passa pelo médico. Se precisar de remédio controlado, ele é encaminhado ao SAME para realizar seu registro. No registro coloca-se seu nome, endereço, data de nascimento e o agente comunitário de saúde responsável. Depois ele é encaminhado para o técnico de enfermagem entregar o medicamento. (E3)

Os relatos dos enfermeiros traduzem uma realidade bastante preocupante: o distanciamento que o profissional busca estabelecer com o sujeito em sofrimento psíquico:

[...] não há na prática um cuidado voltado para o sujeito com sofrimento psíquico, não há sequer o contato com esse sujeito. (E6)

Tem uns que quando chegam aqui, da vontade de ir embora, de dizer que não estou. Às vezes, num chego nem perto, porque não gosto de me envolver com a loucura dos outros. (E1)

Percebe-se que enfermeiro reproduz o seguinte caminho: se detém em atividades desvinculadas do cuidado, exercendo tarefas burocráticas, pontuais, desconhecendo seu processo de trabalho em saúde mental, fortalecendo ações de cuidado eminentemente prescritivas, modeladoras. E, conseqüentemente, tomando o sujeito em sofrimento psíquico em abstrato.

Ouve-se o sujeito, entretanto, a “escuta” é entendida como um mecanismo de obtenção de informações para o subseqüente desenvolvimento de intervenções. Há a ideia

de que é preciso, inicialmente, refinar aquilo que o paciente traz ao serviço como queixa, mas cabe apenas ao profissional determinar as soluções e as respostas dos seus problemas.¹¹ Sem saber lidar com aquilo que não é palpável, o cuidado de enfermagem se caracteriza por: encaminhar, transcrever receitas, registrar as informações da doença, e o sujeito continua entre parênteses "assujeitado".

◆ Estratégias e as dificuldades na prática clínica voltada para o sujeito em sofrimento psíquico

Quando os enfermeiros foram indagados sobre as estratégias de cuidado realizadas junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, relataram que prevalecem as estratégias orientadas pela gestão, centrada no aconselhamento de condutas padronizadas.

A organização da demanda de saúde mental é feita para acompanhamento e fiscalização e determinação da gestão do município. (E5)

Nessa acepção, o cuidado de enfermagem destinado aos sujeitos em sofrimento psíquico assume ações de cunho intervencionista através de políticas e programas governamentais verticalizados e impositivos dos modos de pensar e de viver: "falo para eles terem cuidados higiênicos e entrego a medicação". (E1)

O grupo terapêutico comparece no discurso dos enfermeiros como uma das estratégias educativas que possibilita o compartilhamento de situações e de sentimentos pelos sujeitos em sofrimento psíquico que frequentam os serviços de saúde, mas os entrevistados acreditam que existe falta de profissionais capacitados para potencializar essa atividade de integração na vida social.

Seria bom a formação de grupos, mas com orientação de profissionais capacitados, especializados em saúde mental. (E1)

A formação de grupos terapêuticos torna-se importante na medida em que a APS recebe uma demanda constante de sujeitos com queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, dentre outros, todavia, é necessário questionar a forma impositiva e padronizada de conteúdos abordados nos grupos, muitas vezes com informações apenas sobre doença ou medicações.¹²

Talvez a justificativa para padronizar os conteúdos remeta a dificuldade dos enfermeiros não conseguirem realizar um cuidado que está além do corpo, pois a dimensão psíquica não é objetificável, não é palpável. A fala seguinte reporta-se para esta dificuldade:

O gestor diz que é para formar grupos, mas como farei isso? Não nos preparam para atender essas pessoas, não sou capacitada. (E2)

[...] Nós nos sentimos as vezes impossibilitadas de lidar com sujeitos com necessidades especiais que requerem preparo técnico e informacional necessário. (E3)

Outro ponto abordado pelos enfermeiros como barreira para operacionalizar o cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico na APS é atuação pontual e desarticulada dos serviços de saúde com os demais serviços da própria rede municipal.

[...] não há sequer uma articulação incisiva com os demais serviços em saúde mental, quando muito, contatos esporádicos referentes a encaminhamentos. (E3)

Em pesquisa realizada no município de Campinas/SP, buscou-se identificar a articulação entre as ESF e as ESM no referido município, o que levou a conclusões desconcertantes sobre a mudança da lógica de trabalho proposta pelo MS; Nesta, também se mostrou que trabalhar em rede não é uma atividade fácil de ser assumida pelas equipes, e que isso não ocorre automaticamente com a determinação das diretrizes emanadas, mas envolve também o compromisso dos profissionais envolvidos em cada serviço.¹³

Os entrevistados ainda exprimiram preocupações sobre a ausência de um planejamento que contemple as necessidades exigidas para a execução de uma política de saúde mental neste cenário, principalmente, pela sobrecarga de trabalho emanada por outros programas:

[...] falta de adequação da política 'saúde mental' à rotina da UBS, e a falta de tempo. (E2)

[...] sobrecarga de trabalhos da enfermagem em vários programas de saúde, e ainda a organização do serviço que requer muito desses profissionais. (E4)

Dada estas situações de dificuldades na implementação do cuidado clínico integral e subjetivo aos sujeitos em sofrimento psíquico no contexto das políticas voltadas a atenção primária e saúde mental, constatou-se o reconhecimento de que ainda há a supremacia do modelo biomédico na organização das ações nesse setor. Sendo assim, enquanto política de saúde pública local, a inserção da saúde mental no PSF exige a ruptura destes antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda hegemônica nas ações de cuidado que são conduzidas.

Percebemos que a inserção da saúde mental na APS exige de um lado, o envolvimento e a corresponsabilização de todos os atores na atenção à saúde; e, de

outro, a necessária ruptura com os antigos padrões assistenciais, reinventando no cotidiano outras formas de cuidado.¹⁴

O planejamento das ações em saúde na atenção primária articulada às políticas de saúde mental e a implementação dos dispositivos de intervenção do apoio matricial podem auxiliar na atribuição de cada ator e serviço na rede atenção psicossocial e conduzir a uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades, como também dar voz do sujeito em sofrimento psíquico na tomada de decisão no seu tratamento terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática clínica no cuidado de enfermagem em saúde mental, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, reproduz uma clínica biologicista e medicalizadora, sem estabelecer aproximação com o sujeito que sofre, limita-se ao cadastramento do usuário, ao fornecimento de medicação prescrita, e ao encaminhamento para os serviços especializados.

Contrariando os princípios da Reforma psiquiátrica brasileira, o acolhimento e a escuta qualificada não fazem parte da atenção destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Há esvaziamento desses princípios no cotidiano, assim como um reconhecimento deste contexto e da falta de qualificação em saúde mental como um grande entrave para a operacionalização do cuidado a partir dos dispositivos da clínica ampliada.

A APS pode se constituir em um espaço da atenção em saúde mental, capaz de fortalecer o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Martins RV, Ros manuscrito ORIGINAL ID: 5310-44349-1-SM.doc << Clinical nursing care in mental health in primary health care >>setto M, Sartori QDN, Pinto EC, Van Der Sand ICP, Hildebrandt LM. Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 12];33(1):11-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100002
2. Coutinho MF, Estellita-LC, Oliveira VM. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. Cien Saude Colet [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 12];14(1):205-213. Available from:

3. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 5th ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
4. Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. Trab educ Saude. [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 20];9(1):9-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100002
5. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 13];20(1):85-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/10.pdf>.
7. Foucault M. O nascimento da clínica. 2nd ed. Rio de Janeiro; 1994.
8. Simanke RT. Metapsicologia lacanianiana: os anos de formação. São Paulo/Curitiba Discurso, 2002.
9. Silveira, DP; Vieira, ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciênc saúde colet [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 13];14(1):139-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext
10. Almeida ANS. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito [Dissertação]. Fortaleza: Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará; 2009.
11. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. Listening in the treatment of psychological stress: an integrative review. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 13];6(9):2273-80. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2632>
12. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K, Onoco R. Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 26];16(12):4643-4652. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300013&script=sci_arttext
13. Figueiredo, MD; Onocko Campos, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de

Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc Saúde Colet [Internet] 2009 [cited 2013 Feb 26];14(1):129-138. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

14. Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? Br J Gen Pract [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan 25];54(501):285-291. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314855/pdf/15113497.pdf>

Submissão: 19/07/2013

Aceito: 06/12/2014

Publicado: 01/01/2015

Correspondência

Deivson Wendell da Costa Lima
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Faculdade de Enfermagem
Rua Dionísio Filgueira, 383
Bairro Centro
CEP 50610-090 - Mossoró (RN), Brasil