



O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEITOS, VIVÊNCIAS E PRÁTICAS

NURSING CARE IN MENTAL HEALTH FOR PRIMARY CARE: CONCEPTS, EXPERIENCES, AND PRACTICES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONCEPTOS, VIVENCIAS Y PRÁCTICAS

Sueli Carvalho Vilela¹, Luiz Jorge Pedrão², Ana Maria Pimenta Carvalho³

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado à pessoa com diagnósticos de transtorno mental. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com onze enfermeiras, realizado em Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte de Minas Gerais/MG. A produção de dados foi por entrevista semiestruturada e a análise empregou a Técnica de Análise temática. **Resultados:** identificaram-se três categorias: 1. A concepção de cuidado, 2. A vivência e o significado de cuidar e 3. Os elementos do cuidado individualizado e em grupo. **Conclusão:** existe multiplicidade de concepções de cuidado e a profissão experiencia mudança de paradigma, o que interfere na compreensão e na vivência do cuidado. A existência de sentimentos de angústia, medo e incompetência quanto aos aspectos específicos do cuidado à pessoa com transtorno mental leva à necessidade de novos estudos e estratégias voltadas ao cuidado de quem cuida. **Descritores:** Enfermagem; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the nurses' perception regarding the Family Health Strategy Service (FHSS) for the treatment of individuals diagnosed with a mental disorder. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach, with eleven nurses, carried out with the Family Health Strategy Service of a medium-sized municipality of Minas Gerais/MG - Brazil. The production of the data was obtained by way of semi-structured interviews, and the analysis was carried out by employing the thematic analysis technique. The study was approved by the Research Ethics Committee, protocol # 103/2010. **Results:** we identified three categories: 1. The concept of nursing care, 2. The experience and meaning of providing healthcare, and 3. The elements of individualized and group healthcare. **Conclusion:** there are a variety of concepts regarding healthcare, and the professional experience promotes paradigm shifts which interfere with the comprehension and the experiences of the healthcare. The existence of feelings of anxiety, fear, and incompetence in respect to the specific aspects of providing healthcare to the individual with a mental disorder, leads to the need for further studies and strategies geared towards those who provide the healthcare. **Descriptors:** Nursing; Mental Health; Primary Health Care; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia sobre cuidado a la persona con diagnóstico de trastorno mental. **Método:** estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, con once enfermeras, realizado en Estrategia Salud de la familia en municipio mediano de Minas Gerais/MG. Datos recolectados mediante entrevista semiestruturada, analizados según Análisis Temático. Investigación aprobada por Comité de Ética en Investigación, protocolo n° 103/2010. **Resultados:** se identificaron tres categorías: 1. Concepción del cuidado, 2. Vivencia y significado del cuidar, y 3. Elementos del cuidado individual y grupal. **Conclusión:** existen múltiples concepciones de cuidado, la profesión experimenta un cambio de paradigma; ello interfiere en la comprensión y la vivencia del cuidado. La existencia de sentimientos de angustia, miedo e incompetencia respecto de aspectos específicos del cuidado a la persona con trastorno mental determina la necesidad de nuevos estudios y de estrategias orientadas al cuidado de quien cuida. **Descriptor:** Enfermería; Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Atención de Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL. Minas Gerais (MG), Brasil. E-mail: suelicvilela@gmail.com; ²Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: lujope@eerp.usp.br; ³Psicóloga, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: anacar@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil, em especial referentes à atenção básica e saúde mental, ancoram-se em novas possibilidades de cuidado numa lógica epistemológica de integralidade, horizontalidade, universalidade, promovendo a saúde e prevenindo agravos e doenças, além do contexto curativo e de reabilitação.¹ Enfatizam-se a dimensão relacional, na qual se prioriza o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos, e as relações mais igualitárias em consonância com os princípios de clínica ampliada e compartilhada.²

Estudos têm sinalizado a importância do cuidado humanizado em saúde mental na atenção básica; contudo, têm apontado também para a necessidade de educação permanente em saúde mental, a fim de possibilitar a demanda por uma clínica ampliada, humanitária e com instrumentos relacionais, como é o caso do acolhimento, da escuta e do vínculo.³⁻⁵ Diante disto, são as seguintes as nossas inquietações: qual a concepção de cuidado e o seu significado para o enfermeiro em se tratando de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais; e como se estabelece esse cuidado na prática das estratégias de saúde da família de um município de Minas Gerais.

Este estudo tem como objetivo:

- Compreender a percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado à pessoa com diagnósticos de transtorno mental.

REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de cuidado é amplamente discutido tomando diferentes versões, a depender do enfoque epistemológico e dos espaços definidos e analisados. Compreendendo o termo historicamente, o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões.⁵

Do ponto de vista existencialista, na filosofia de Heidegger, o cuidado é constituído na própria dimensão do ser da presença, o pôr-se para fora, ou seja, é um movimento de existir, dando-se no acontecer e no tempo.⁷ Significa dizer que o cuidado é encontrado em toda atitude e situação de fato; assim, é um modo-de-ser essencial da humanidade.⁵ Nesse sentido, o cuidado pode ser entendido como um traço humano e não é exclusivo da enfermagem; no entanto, nem por isso a enfermagem deixa de ser uma profissão que

está diretamente ligada ao cuidado do ser humano, pois seu saber-fazer condiz com o cuidar do outro, quando o ampara nas suas necessidades biopsicossociais.

O cuidado se apresenta em cinco categorias ontológicas: como uma condição humana, como imperativo moral, como afeto, como ação terapêutica e como relação ou interação interpessoal.⁷ Pode ser diferenciado em três domínios: o corpo, a pessoa e a doença, que interagem e se complementam. Já a estrutura conceitual de King abrange três sistemas: o pessoal, o interpessoal e o social.⁸

As teorias existencialista e humanista valorizam o âmbito relacional quanto à percepção e a compreensão do significado da experiência para a pessoa. Nesse contexto, entende-se o cuidado como uma maneira de ser, relacionar e responsabilizar pelo outro; assim, é uma maneira de ser-no-mundo e, como tal, um fenômeno ontológico-existencial, juntamente com a ética e estética da existência e da enfermagem.⁶

Para tal, é necessário estar presente e se relacionar, pois embora o corpo seja o objeto palpável de cuidado, esse corpo se concretiza na manifestação de sua sociabilidade e numa relação EU-TU e EU-ISSO.⁹⁻¹⁰ Assim, o cuidado é tido como um processo interativo entre os indivíduos, de forma que se configura em um artifício de ajuda que possibilita o crescimento, pela confiança mútua e pela qualidade de relações. Dessa forma, pode ser compreendido também como uma atitude que abrange todas as dimensões humanas que deve ser entendido como inúmeras intervenções terapêuticas que envolvem todas as competências e habilidades pertencentes ao campo teórico-prático da enfermagem.¹¹

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que se aplica ao estudo das relações, das percepções e opiniões que as pessoas têm sobre como vivem, sentem e pensam.¹² Foi realizada com enfermeiros de onze Estratégias de Saúde da Família de um município de médio porte do sul de Minas Gerais no ano de 2011.

Os sujeitos foram 11 enfermeiros escolhidos por amostragem intencional. Não houve critérios de exclusão e os de inclusão foram: ser enfermeiro lotado em uma das unidades de ESF municipal, da área urbana; e que unidades de saúde fossem geridas pela Secretaria Municipal de Saúde e aceitar participar da pesquisa, lavrando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nenhum enfermeiro se recusou a participar do estudo.

O instrumento utilizado para a produção dos dados foi a entrevista semiestruturada, por considerar o seu caráter dinâmico e aberto, num contexto objetivo e subjetivo.¹² A pergunta norteadora foi: Como é para você cuidar da pessoa diagnosticada com transtorno mental na sua unidade de saúde?

As entrevistas foram realizadas por um dos autores, com duração de 60 minutos aproximadamente, na própria unidade de ESF, em local reservado, sem interferências, sendo gravadas em mídia eletrônica e transcritas posteriormente.

Os dados foram categorizados segundo o referencial da análise de conteúdo temático, atendo às três fases da análise de material, o que possibilitou a aproximação e exploração do material das entrevistas, a seleção das unidades temáticas e as inferências e interpretações, permitindo desvendar o conteúdo subjacente.¹³

Os aspectos éticos foram respeitados atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴ A fim de garantir a privacidade e sigilo dos participantes, as falas foram identificadas pela letra E, seguida do número de ordem. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfnas sob protocolo nº 103/2010.

RESULTADOS

Os sujeitos do estudo foram 11 enfermeiras, na faixa etária de 25 a 52 anos, sendo a idade média 39 anos; 60% são casadas, 30%, solteiras e 10%, divorciadas.

Quanto à religiosidade, 60% são católicas, 20% evangélicas e 10% espíritas. Tempo de formado variando de dois a vinte e seis anos, com média de 12 anos. Noventa por cento eram pós-graduadas em Programa de Saúde da Família, com ênfase na gestão e na atenção básica, sendo que a maioria tinha mais um curso de pós-graduação lato sensu. Elas trabalhavam oito horas diárias, de segunda à sexta-feira, estavam lotadas nas respectivas unidades entre um e doze anos de trabalho; três delas possuíam experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos.

◆ Categorias de Análise

Três categorias emergiram dos discursos, as quais possibilitaram responder às inquietações apontadas: a concepção de cuidado com a pessoa diagnosticada com transtorno mental em duas dimensões de cuidado: a noção de assistência técnica e como ato relacional; vivência e significado do cuidar de pessoas com transtornos mentais com duas subcategorias: a primeira refere-se à

“naturalidade” do cuidado generalista em contraponto às dificuldades no cuidado especializado, e a prática do cuidado das enfermeiras na ESF às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais em duas modalidades: o cuidado individualizado e o grupo.

DISCUSSÃO

◆ A concepção de cuidado à pessoa diagnosticada com transtorno mental

Nesta temática foram categorizadas duas dimensões de cuidado: a noção de assistência técnica e como ato relacional.

Quanto à noção de assistência técnica, as enfermeiras revelam-no enquanto procedimento e ação envolvendo as atividades que prestam a alguém, ao grupo e à comunidade.

O Cuidado seria a gente desenvolver com o paciente alguns procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde, não esquecendo que nós desenvolvemos atividades de grupo e na comunidade. E11.

Essa concepção assemelha-se ao cuidado exposto na proposta de Wanda Horta, ou seja, o cuidado na assistência com ênfase no procedimento, preocupação com material e técnica, como também aproxima do cuidado, segundo a teoria transcultural de Leininger, que o define como um ato assistencial, de apoio ou de facilitação ao outro, como também enfatiza que a enfermagem presta cuidado congruente com a realidade sociocultural do cliente.⁸

Esse referencial condiz com dois estudos¹⁵⁻⁶ realizados em diferentes regiões do Brasil, nos quais os autores discutem o caráter biomédico e curativista das ações individualizadas, fundamentadas na prática clínica e na medicalização. Nesse contexto, o cuidado é apresentado enquanto ações diretas que visem atender às necessidades biológicas das pessoas.

O cuidado enquanto ato relacional, quando as enfermeiras aludem à relação interpessoal estabelecida com a pessoa e os seus familiares.

[...] Eu sempre tento me colocar no lugar do outro. Não é só do outro. Eu quero saber da família... De tudo que ela tá passando... Porque quero saber de onde vem o problema.[...] daí a gente tem condição de ajudar da melhor forma. E4

O cuidado pode ser entendido como base do aspecto moral e da ética da enfermagem, implicando zelo, responsabilidade, ajuda e desejo.⁷

Quando as enfermeiras referem-se à relação interpessoal, tendem a aproximar-se

das teorias humanistas da enfermagem, como a Teoria das relações interpessoais de Peplau e de Travelbee, assim como da Abordagem Centrada na Pessoa.

É importantíssima a relação interpessoal, é o essencial. Para mim, a gente tem que ser verdadeiro em primeiro lugar porque é isso que vai fazer chegar à outra pessoa. O básico é você mesmo, é você acolher o outro sem julgamento, sem preconceito. E6

As atitudes de empatia, de aceitação positiva incondicional e de congruência são inferidas como também infere-se o uso da pessoa do terapeuta como mediador da relação de cuidado.

Essas possibilidades estão condizentes com alguns apontamentos na literatura, quando estudiosos elucidam a necessidade de ultrapassarmos o modelo hegemônico de saúde e abrir caminhos para uma práxis humanizada, na qual exista a compreensão de homem holístico, histórico, político e culturalmente determinado, apresentando sofrimento e angústias complexas que diferem de uma doença de ordem física.^{7,16-7} Se a pessoa é singular, integral, livre e metafísica o cuidado não pode ser generalizado, fracionado, dependente e unicamente físico.

♦ A vivência e o significado do cuidar de pessoas com transtornos mentais

Foi possível apreender duas subcategorias: a primeira refere-se à “naturalidade” do cuidado generalista em contraponto com as dificuldades no cuidado especializado; a segunda envolveu os sentimentos que emergem no cuidado, como a compaixão, o medo, a angústia e a impotência.

As enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família parecem vivenciar o cuidado, enquanto assistência técnica generalista, -lo com naturalidade e segurança, uma vez que não houve manifestações que pudessem ser consideradas divergentes disso.

Eu procuro tratá-los igual; eu trato a todos que vem aqui. As minhas brincadeiras são as mesmas, o meu cuidado é basicamente o mesmo. Mas, lembrando que cada um tem características e necessidades específicas. E4

Talvez isso seja reflexo da formação das enfermeiras, visto que as graduações em enfermagem preveem que os discentes devem desenvolver habilidades e competências pautadas no rigor científico e intelectual de formação generalista, crítica e reflexiva.¹ Por outro lado, embora predominem nos cursos de pós-graduação a vertente gerencial das ESF, os mesmos podem contribuir com habilidades e capacidades técnicas assistenciais da enfermagem.

Neste estudo, quando se trata de saberes-cuidados específicos, como em momentos de crise ou surtos e em casos de delírios, as enfermeiras relatam ter dificuldade em cuidar pela falta de conhecimento e, com isso, emergem os sentimentos de medo, angústia e impotência.

O básico a gente faz, as consultas, a administração e medicamentos, sinais vitais. Isso é comum a todos os que vem aqui. A minha dificuldade é quando eles estão em surto. Eu tenho certa dificuldade em lidar com aqueles casos graves. Tenho medo, não sei como vão reagir. E10

Eu fico com um pouco de receio. Você não sabe como vai ser a reação deles. Eu não gosto quando eles estão surtando.[...] Eu fico com medo. Medo de agressão. E6

O sentimento de medo foi comum na fala das enfermeiras em se tratando de não prever a reação dos clientes, bem como a possibilidade de serem agredidas. Tal fato pode estar relacionado ao estereótipo atribuído a essas pessoas que se inscrevem no estigma da periculosidade, dentre outros.¹⁹ Entretanto, pode estar relacionada também à falta de experiência e de conhecimentos à respeito das manifestações desses transtornos, uma vez que as enfermeiras que trabalharam em HP referem a não-vivência de tal situação.

Eu não tenho dificuldade nenhuma, não tenho medo, sei me relacionar com eles, até porque já trabalhei em hospital psiquiátrico, e isso me ajuda muito aqui. E7

Acredita-se que treinamentos específicos acerca dos problemas de saúde mental possam contribuir tanto para os clientes, no sentido de melhorar e ampliar o cuidado específico, como também ser menos sofrido para os profissionais.⁴

O processo de estigmatização pode assumir diferentes modalidades e, conseqüentemente, diferentes resultados; dentre eles, a redução da pessoa à doença corresponde à racionalidade científica pautada nos princípios do tratamento moral, bem como a desumanização do outro como forma de distanciamento simbólico e a produção de gestos ou sentimentos de aniquilamento, dentre outros.²⁰

Os sentimentos de angústia e de impotência permeiam tanto o cuidado assistencial quanto o relacional.

E, de repente, eu fiquei pensando no que eu poderia fazer a mais para ajudá-los. Eu senti que... Parece que eu não faço nada... Será que eu tenho instrumentos, enquanto enfermeira, para não ficar só na questão da escuta, se tem mais alguma coisa, além disso... Nessa questão de saúde mental, eu

estou me perguntando: Será que eu preciso fazer alguma coisa a mais? Será que eu estou fazendo certo? Além de só escutar... Encaminhar... E4

Eu tenho um pouco de dificuldade no medicamento, porque eu não conheço muito e, às vezes, em algumas patologias, a gente precisa saber, eu preciso fazer algum treinamento a esse respeito. E3

Tais sentimentos evidenciam a importância do cuidado de quem cuida. As relações de trabalho na enfermagem geram diversas situações que podem ser potencialmente patogênicas por serem atividades desgastantes do ponto de vista físico e emocional.²¹ O que também implica a importância da equipe de matriciamento e da educação permanente nos serviços como recursos de apoio à equipe das estratégias de saúde da família.²²⁻³

Por outro lado, a vivência do cuidado gera sentimento de gratificação quando as enfermeiras se sentem como fonte de apoio ao sujeito.

Eles veem na gente uma fonte de apoio, são carentes de atenção. E daí a gente escuta, acolhe. Isso para eles é fundamental porque eles criam vínculo e, para a gente, é gratificante. E5

Nesses casos, o cuidado passa a ter valor simbólico de ajuda e o profissional sente-se útil, o que propicia sentimentos de gratificação.

◆ Os elementos do cuidado específico às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais na ESF.

Foram encontradas duas modalidades de cuidado ofertadas a essa população nas estratégias de saúde da família: o cuidado individualizado e a modalidade de grupo.

● Cuidado individualizado

No cuidado enquanto assistência individual foram identificados procedimentos de consultas clínicas, administração e entrega de medicações, visita domiciliária, encaminhamentos, ou seja, ações voltadas para a cura numa perspectiva doença-corpo.

A gente tem uma abordagem mais clínica que a psiquiatria, faz visita domiciliária, dá orientações, administra medicamento intramuscular. E1

Essas atividades afinam-se aos resultados apontados em outros trabalhos^{3,16-7}, e coincidem com a concepção de cuidado enquanto procedimento e técnica, mas sem a aceção do como cuidar.¹¹ Atenta-se que a saúde física, mental e o funcionamento social são componentes essenciais da condição humana e são estreitamente relacionados e interdependentes.²⁴

Nesse mesmo contexto, identificou-se também atividades de educação em saúde, prevalecendo sobre as ações de orientação aos clientes e familiares em relação ao uso correto de medicamentos, a importância da aderência e a continuidade do tratamento.

A gente se preocupa em orientar os pacientes sobre a importância do medicamento no tratamento, de parar de tomar remédio. Em muitos casos, a gente tem que orientar também a família, porque são eles que cuidam. E9

As atividades de orientação são imprescindíveis na enfermagem e se enquadram na educação em saúde, isto é, em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde.²⁵ O cuidado em atenção básica deve ser ampliado, integral e implementativo podendo, assim, representar uma mudança qualitativa no modelo de tratamento, com práticas de saúde centradas na integralidade.²⁶

Quanto ao cuidado como ato relacional, identificou-se o acolhimento e a escuta como essenciais.

O acolhimento é muito importante, o acolhimento é essencial. Se uma pessoa tem um quadro de doença mental, [...] Saber ouvir as pessoas, as queixas, para onde você vai direcionar, [...] O que fazer, se é para o psicólogo, se é para clínico, qual a orientação. (E2)

Tento escutar muito. Porque eles vêm pra gente querendo desabafar, alguém para escutar, aí eles se apagam. Fernanda E3

Percebeu-se também que o acolhimento é desenvolvido por essas enfermeiras de duas formas: como uma forma de escuta livre, valorizando a tecnologia leve com ênfase na criação e no reforçamento de vínculos e, predominantemente como ação que visa à coleta de informações para encaminhamentos e orientações.

O acolhimento como forma de escuta livre, aproxima-se da relação de ajuda, ou seja, é uma abordagem centrada em auxiliar o outro na resolução de um problema, implicando a disposição para ajudar a quem necessita de apoio em um dado momento^{3,17,27} e aproximando-se da vertente de terapêutica humanística das relações interpessoais e estabelecimento de vínculos.

Nesta vertente busca qualificar a relação entre trabalhador-usuário, mediante parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania, e está em consonância com os pilares da política humanizaSUS, ou seja, o acolhimento no sentido de acolher, “estar com”, da escuta diferenciada e da interação e

disponibilização ao cliente, superando o modelo hegemônico de atenção¹.

Enquanto mecanismo de coleta de informações estruturadas, o acolhimento pode atender às demandas. Contudo, reduz a estratégia de escuta, desvalorizando o indivíduo singular presente e a possibilidade de o encontro ser genuíno.³

◆ Cuidado na modalidade de grupo

As enfermeiras relatam que as atividades de grupo desenvolvidas na ESF específicas a pessoas com algum transtorno mental, em especial para deprimidos, são as oficinas terapêuticas (OT) que abrangem trabalhos manuais: bordados, crochê e pintura.

Grupo de pintura no tecido [...]. Para tirar as mulheres de dentro de casa, que ficavam muito ansiosas, que vinham muito para a unidade com queixas, poli-queixosas. E o grupo de crochê, focado mais para a depressão. E8

A OT condiz com o modelo da reabilitação psicossocial, como um recurso de reinserção social de indivíduos segregados e ociosos que almejam a cidadania por meio de ações voltadas ao trabalho e/ou atividades artísticas, artesanais. Assim, tais ações promovem o exercício da cidadania, considerado pela expressão de liberdade e pela convivência entre diferentes, tornando-se terapêuticas porque possibilitam aos usuários um lugar de fala, expressão e acolhimento.²⁸

Outras modalidades de grupo disponíveis à população adstrita das ESF são: grupos de orientações, atividades físicas (caminhadas, alongamentos), emagrecimento saudável, memória, antitabagismo, hipertensos e diabéticos.

Aqui temos caminhada, alongamento, grupo de hipertensos e diabetes, viver saudável com idosos. E1

O pessoal do NASF faz grupos de memória, tem o Tai Chi Chuan, caminhadas e no grupo de idosos a gente discute temas de saúde mental também. E5

Tais atividades afinam-se com aquelas levantadas em doze municípios do Rio Grande do Sul²⁹, onde os autores apontam que tais atividades, quando desenvolvidas em grupo, propõem mudanças de hábitos, promoção de saúde, desenvolvimento de relações interpessoais, abrangência maior da clientela, entre outras vantagens, além de serem concebidas no processo de reabilitação psicossocial e promoção à cidadania.

Algumas são as vantagens do trabalho em grupo na atenção básica: facilita a comunicação dos profissionais com os usuários; geram bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os

objetivos do profissional e do paciente no seguimento; viabilizam conciliar a alta demanda numérica populacional que chega à Atenção Básica e a escassez de recursos e de tempo no cotidiano do trabalho; propiciam maior abertura aos usuários para exporem e dividirem com os demais a experiência que têm no manejo da doença; e, facilita a formação e redes sociais e de suporte comunitário.³⁰

Tais vantagens corroboram com a possibilidade de ampliar o cuidado na estratégia de saúde da família em direção à acessibilidade e integralidade nas diversas dimensões do cuidado junto à comunidade e na concepção da clínica ampliada.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados coincidiram com outros estudos da literatura, tanto na concepção como na forma de expressão do cuidado em saúde mental nas estratégias de saúde da família.

Evidenciou-se a multiplicidade de concepções de cuidado existentes na enfermagem, o que contribuiu para uma profissão com diversas singularidades amparada no contexto cultural em que as ideologias de saúde se afinam. Ao resultados mostraram também a influência das políticas de saúde no contexto da práxis de enfermagem. Ressaltou-se a profissão como experiência de mudança de paradigma e que tal mudança interfere diretamente na compreensão da vivência do cuidado.

As vivências das enfermeiras sinalizaram dificuldades em relação a conhecimentos específicos de saúde mental, bem como os sentimentos de medo, angústia e impotência experimentadas, denotando a necessidade de olhares para o cuidado de quem cuida. Isso implica a necessidade de novos estudos que tratem dessa questão frente às demandas das enfermeiras no âmbito do pessoal e profissional.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
2. Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da

- família. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2011 Abr/June [cited 2013 Sept 04];24(2):102-208. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2059>
3. Sucigan DHI, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 04];13(1):2-10. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/10>.
4. Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 04];13(1):53-63. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/17>
5. Luz PM, Miranda KCL. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. Ciênc saúde coletiva RENE [Internet]. 2010 June [cited 2013 Sept 04];15(supl.1):1143-813. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/022.pdf>.
6. Heidegger M. Ser e o tempo. Parte 2. 7ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes;1993.
7. Morse et al. Concepts of caring and caring as a concept. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 1990 Sept [cited 2013 Jan 08];13(1):1-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2122796>
8. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos a pratica profissional. 4th ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.
9. Leopardi MT, Gelbcke FL, Ramos FR. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. Texto contexto - enferm [Internet]. 2011 Jan/Apr [cited 2013 Jan 08];10(1): 32-49. Available from: <http://www.academia.edu/3125230>
10. Buber M. Eu e tu. 2nd ed rev. São Paulo (SP): Cortez e Moraes; 1979.
11. Roselló FT. Antropologia do cuidado. Tradução: Guilherme Laurito Summa. Petrópolis: Vozes; 2009.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 11th ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Borges MCLA, Silva LMS, Fialho AVM, Silva LF. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Sept 04];33(1):42-8. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18552>
16. Silva ALA, Souza RF. Nurses working in family health strategy and stress in the caregiver field. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Sept 04];7(8):5129-34. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4060/pdf3167>
17. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011[cited 2013 Jan 08];45(6):1501-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>
18. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001[online]. [cited 2005 May 28]. Available from: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm> .
19. Loureiro LMJ, Dias CAA, Aragão RO. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. Rev Enf Ref [Internet]. 2008 Dec [cited 2013 Jan 08];2(8):33-44. Available from: http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2118&pesquisa=.
20. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Jan 08];43(Supl.1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800015.
21. Sales AP, Lemos IL, Aguiar AP, Caldas MT. The Health Workers Aid: The Experience of taken Care of Caretakers. Rev Neurobiologia. 2010 [cited 2013 May 28];73(1):61-73. Available from: [http://www.neurobiologia.org/ex_2010/7_AMANDA_O%20CUIDADOR%20CUIDADO\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2010/7_AMANDA_O%20CUIDADOR%20CUIDADO(OK).pdf)
22. Chiaverini DH (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
23. Souza AC, Rivera A. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica:

ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 08];4(1):105-14. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/site/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>.

24. Rodriguez JJ.(editor) Salud mental em la comunidade. 2nd ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

25. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface - Comunic, Saude, Educ [Internet]. 2005 Sept/Feb [cited 2012 Dec 20];9(16):39-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_arttext.

26. Gonçalves L. Integralidade e saúde mental. Sorocaba: Minelli; 2008.

27. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Rev salud pública (Bogotá) [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Dec 20];13(4):703-16. Available from:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400015.

28. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2013 Jan 08]; 15(2):339-45. Available from: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistauincor/article/viewFile/702/pdf>.

29. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. Rev enferm UERJ [Internet]. 2010 Abr/June [cited 2013 Jan 08];18(2):210-5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a08.pdf>.

30. Furlan PG, Campos GWS. Os grupos na atenção básica à saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.p.105-16.

Submissão: 25/09/2013

Aceito: 11/04/2014

Publicado: 01/07/2014

Correspondência

Sueli de Carvalho Vilela
Universidade Federal de Alfenas
Escola de Enfermagem
Rua Gabriel Moura Leite, 700 / Centro
CEP 37130-000 – Alfenas (MG), Brasil