

O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde

The nurse and the actions of mental health in basic health units

El enfermero y las acciones de salud mental en las unidades básicas de salud

Camila Cardoso Caixeta¹, Vânia Moreno^{II}

RESUMO

O sofrimento mental está presente em todas as situações que envolvem o processo de adoecer. A prevalência dos transtornos mentais comuns eleva a demanda dos serviços de saúde, portanto, deve-se valorizar essa dimensão como indicador de saúde em qualquer nível de atenção. O objetivo deste estudo foi apreender como os enfermeiros de unidades básicas reconhecem as ações de saúde mental. Estudo qualitativo descritivo/exploratório, realizado em Botucatu-SP, conduzido por meio de entrevistas, entre novembro/dezembro de 2003, junto a cinco enfermeiros, cujo conteúdo gerou duas categorias: O cotidiano das unidades básicas e a saúde mental/ ações de saúde mental realizadas pelos enfermeiros. Os dados mostram que, apesar das situações vivenciadas na unidade envolverem o acolhimento e a escuta dos usuários em sofrimento psíquico e em exclusão social, não existe nenhuma ação programática dirigida à clientela. Os usuários são encaminhados para serviços especializados e os enfermeiros reconhecem apenas como ações de saúde mental o controle da medicação psiquiátrica e as orientações que realizam esporadicamente, porém apontam para a necessidade de capacitação de toda a equipe para atender esse tipo de clientela. Concluímos que é fundamental para a integralidade da atenção básica o estabelecimento de uma interface com as ações de saúde mental.

Palavras chave: Serviços de saúde; Saúde mental; Enfermagem.

ABSTRACT

Mental suffering is present in every situation that involves the falling ill process. The prevalence of ordinary mental disturbances increases the demand of mental services, therefore it's made necessary to value this dimension as a health indicator in any level of attention. The goal of this study was to learn how the nurses who attend in basic units acknowledge actions of mental health. A

qualitative descriptive exploratory study run in Botucatu-SP, driven by interviews, in the period of November and December of 2003 and with five nurses, which content led to two categories: the quotidian of basic units and mental health/ actions of mental health performed by the nurses. Data shows that despite the situations lived in the unit that involves the welcoming and listening to the patients in psychic suffering and in social isolation, there isn't any programmatic action focused on the clientele. The patients are guided to specialized services and the nurses recognize as actions of mental health only the control of psychiatric medications and orientations given from time to time, although, the nurses point to the need of specializing the whole staff to attend this type of clientele. We are able to understand that it's essential to the integrality of the basic attention the establishment of an interface with the actions of mental health.

Key words: Mental health services; Mental health; Nursing.

RESUMEN

El sufrimiento mental está presente en todas las situaciones que envuelven el proceso de enfermarse. La predominancia de los trastornos mentales comunes eleva la demanda de los servicios de salud, por lo tanto, se debe valorar esa dimensión como indicador de salud en cualquier nivel de atención. El objetivo de este estudio fue aprender como los enfermeros de unidades básicas reconocen las acciones de salud mental. Estudio cualitativo descriptiva/exploratoria realizado en la ciudad de Botucatu-SP, conducida por medio de

¹ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto/SP

^{II} Enfermeira. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu/SP. E mail: btmoreno@terra.com.br.

entrevistas, en el periodo de noviembre/diciembre de 2003, junto a cinco

enfermeiros, cuyo contenido generó dos categorías: El cotidiano de las unidades básicas y la salud mental/acciones de salud mental realizada por los enfermeros. Los datos muestran que, a pesar de las situaciones vividas en la unidad envolver el acogimiento y el escuche de los usuarios en sufrimiento psíquico y en exclusión social, no existe ninguna acción programática dirigida a la clientela. Los usuarios son encaminados para servicios especializados y los enfermeros reconocen apenas como acciones de salud mental el

control de la medicación psiquiátrica y las orientaciones que realizan esporádicamente, sin embargo apuntan para la necesidad de capacitación de todo el equipo para atender ese tipo de clientela. Concluimos que es fundamental para la integralidad de la atención básica el establecimiento de una interface con las acciones de salud mental.

Palabras claves: Servicios de salud; Salud mental; Oficio de enfermero.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental constituem uma demanda para a saúde pública devido à alta prevalência e impacto psicossocial. Portanto, quando nos referimos à atenção básica e a seu componente saúde mental, é importante ressaltar que, em todo o processo de adoecer, faz parte a questão subjetiva, ou seja, todo o problema de saúde é sempre de saúde mental⁽¹⁾.

O sofrimento psíquico não se apresenta de forma explícita nos atendimentos de atenção básica, porém, é sabido que em vários quadros orgânicos como diabetes, hipertensão e outros relacionados com fatores psicológicos e sociais como a violência, tem repercussões na vida do usuário e de seus familiares, causando-lhes uma sobrecarga psíquica.

Transtornos mentais comuns (expressão epidemiológica) que são caracterizados por sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, são os mais encontrados na comunidade e causam alto custo social e econômico, pois são incapacitantes, sendo uma das causas relevantes quanto aos dias perdidos de trabalho, o que também elevam a demanda por serviços de saúde⁽²⁾.

Historicamente, o hospital psiquiátrico era o "lócus" da assistência àqueles com dificuldade de conviver na sociedade⁽³⁾. Porém, atualmente, convive-se com vários cenários de assistência discernir o que pode ser proposto para cada um, partindo-se da unidade básica até a instituição psiquiátrica, tem sido o grande dilema para a organização dos serviços e para os profissionais de saúde. Quais as atividades

que competem a cada serviço? O que é atenção básica em saúde mental?

E, ainda com a reestruturação da atenção básica, através da Estratégia da Saúde da Família, existem dificuldades de implantação de projetos e ações de saúde mental que visem atender os usuários dos serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado⁽⁴⁾.

A Estratégia de Saúde da Família proporciona uma cobertura de 46,2% à população brasileira⁽⁵⁾, consolidada nos municípios, mas ainda convivemos como as unidades básicas de saúde, que se constituem como a porta de entrada da atenção básica. Porém, se não buscarmos ampliar a concepção do cuidado ao portador de sofrimento psíquico ampliando possibilidades e potencialidades do usuário, família, profissionais e comunidade, esses continuarão a enfrentar um problema pouco visualizado pelos órgãos governamentais, o que acarreta uma grande dificuldade para uma população que merece uma outra forma de intervenção e resolubilidade em seu território.

Para entender esse processo é importante resgatar alguns aspectos históricos que permeiam a assistência psiquiátrica no Brasil marcada pela criação de hospitais psiquiátricos públicos e por convênios com hospitais privados para assistir àqueles acometidos pela doença mental.

No final da década de 70, houve várias denúncias apontando para as condições precárias de atendimento a que eram submetidos os pacientes internados e também às péssimas condições de trabalho em instituições psiquiátricas. Inicia-se, assim, a trajetória da reforma psiquiátrica em um período em que o Brasil retomava o processo de

redemocratização, articulada a reforma sanitária⁽⁶⁾.

O Estado de São Paulo em 1983, também vivendo um período de superpopulação nos hospitais psiquiátricos estaduais, propõe um redirecionamento da assistência psiquiátrica, para buscar integrar as ações denominadas de saúde mental ao nível de rede básica de atendimento, prevendo as seguintes atividades: grupos que atendessem a necessidade da população, terapia medicamentosa, terapias específicas e encaminhamento a outros serviços⁽⁷⁾.

As ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas caracterizam-se pela integração da profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade. Através do aproveitamento máximo de cada componente da equipe, visava superar o uso tão freqüente de fármacos, enquanto único recurso, e instituiu a psicoterapia breve como modalidade de tratamento⁽⁸⁾.

Ao avaliar a experiência deste modelo no Estado de São Paulo, duas características marcavam a atenção primária em saúde mental: as reinternações evitáveis quando se ofereciam um seguimento extra-hospitalar para os egressos e a implantação da equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social que atuavam na unidade básica possibilitando a integração da saúde mental com a saúde pública⁽⁹⁾.

Quanto ao enfermeiro, este se encontrava alocado na unidade básica e já atuava no atendimento aos indivíduos, famílias, grupos na comunidade e, desta forma, seria também o profissional que desenvolveria as ações de saúde mental.

Cabe esclarecer que havia um número pequeno de enfermeiros especializados em psiquiatria e disponibilizados para os ambulatórios de saúde mental a fim de atender a demanda que exigia um cuidado especializado⁽¹⁰⁾. O modelo de atenção utilizado foi o "preventista" de Caplan que instituiu ações de acordo com o nível de prevenção (primário, secundário e terciário)⁽⁸⁾.

A partir de 1987, houve um desaquecimento nesta proposta de atenção em saúde mental desacelerando a implementação

de serviços extra-hospitalares e, em consequência, o investimento nas Unidades Básicas diminuiu, ocorrendo um sucateamento das equipes mínimas de saúde⁽¹¹⁾.

No município em que foi realizada essa investigação, implantou-se uma equipe mínima junto ao Centro de Saúde, desativada com a saída dos profissionais. Outra experiência foi à constituição de uma equipe de saúde mental no Centro de Saúde Escola, unidade vinculada à universidade, que, apesar das dificuldades decorrentes do investimento insuficiente, continua funcionando até os dias de hoje.

Na década de 90, vários movimentos viriam a corroborar esse ideário. Foi realizada em Caracas uma Conferência visando a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, cujo documento produzido indicava a necessidade de articular a saúde mental à atenção primária e os programas deveriam ser baseados nas necessidades da população, com características descentralizadas, participativas e preventivas.

A portaria 224/92 do Ministério da Saúde propunha um atendimento diversificado em saúde mental a ser desenvolvido nas unidades básicas. Cabe ressaltar que as atividades propostas não tinham necessariamente que contar com a equipe mínima, mas tinham como objetivo atendimento individual, grupal, grupos de orientação e atividades comunitárias entre outras⁽¹²⁾.

Este decênio foi marcado pela constituição de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico sendo implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas e outras ofertas. A preocupação era por atender os usuários que possuíam várias internações em instituições psiquiátricas e buscar mantê-los inseridos na sua família e comunidade.

Ainda, no final da década de 90, houve a implantação pelo Ministério da Saúde do Programa de Saúde da Família, como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, cujo objetivo era atender a família como unidade de ação programática e não mais o indivíduo. Este visava à intervenção em saúde, utilizando a prevenção e a reorganização da demanda, para inseri-las na comunidade e mudar a lógica do atendimento que antes se centrava na consulta médica⁽¹³⁾.

O Programa de Saúde da Família também deveria se ocupar do atendimento dos portadores de sofrimento psíquico, pautando-se nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, principalmente, naqueles que buscam evitar as internações em hospital psiquiátrico, através de uma rede hierarquizada de serviços, articulando formas de inserção social e a participação em espaços de discussão e ampliação dos direitos de cidadania para usuários e familiares.

Nesse sentido os pressupostos se relacionam se pensarmos que a atenção básica deve se "constituir em estratégias de reformulação da atenção em saúde em geral e de saúde mental, que além do compromisso de construir novas formas de lidar com a saúde e a doença, e em transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, deve também se mover para as pessoas e suas redes sociais, principalmente a família"⁽¹³⁾.

É importante ressaltar que, apesar de o Ministério da Saúde estar alocando recursos no sentido de ampliar o Programa de Saúde da Família, ainda existem municípios em que a atenção básica é realizada na Unidade de Saúde, pois essas ainda atendem uma demanda que necessita de atendimento em saúde.

Assim, o objetivo desta investigação foi apreender como os enfermeiros das unidades básicas de saúde reconhecem as ações de saúde mental no atendimento à população usuária.

METODOLOGIA

A investigação é de abordagem qualitativa, tipo descritivo exploratória, pois buscamos ampliar os conhecimentos com relação às ações saúde mental realizados por enfermeiros⁽¹⁴⁾.

O estudo foi realizado com cinco enfermeiros lotados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Botucatu-SP. No período da coleta de dados, entrevistamos todos os enfermeiros que estavam em atividade na rede de saúde do município e que aceitaram participar do estudo.

Para a coleta de dados, primeiramente utilizamos um questionário para obter dados como idade, sexo, situação profissional, a instituição em que trabalha e o tempo, formação profissional, identificando tempo de

formada e realização de cursos de pós-graduação, com a finalidade de caracterizar o grupo estudado. Para buscar atingir o objetivo proposto no estudo utilizamos uma entrevista mediada pela questão: Quais as ações de saúde mental que são desenvolvidas nesta unidade e pelo enfermeiro?

As entrevistas foram realizadas nas unidades básicas, no período de novembro/dezembro de 2003, onde os cinco enfermeiros atuavam, sendo gravadas em fita k7 e depois transcritas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, of. 171/2002. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise de dados foi realizada após leituras sucessivas do material coletado e buscou elementos comuns que se relacionam entre si, visando agrupar idéias ou expressões permitindo compor duas categorias: o cotidiano das unidades básicas e a saúde mental e as ações de saúde mental realizadas pelos enfermeiros. Assim, estas foram articuladas com os achados da literatura permitiu ampliar o conhecimento sobre o tema investigado⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cinco enfermeiros participantes do estudo eram do sexo feminino, a idade variava entre 29 a 38 anos. Quanto ao tempo de formado, variou entre quatro e 16 anos, e todos iniciaram sua trajetória profissional atuando em unidades básicas. Todos cursaram especialização basicamente voltada para Administração ou Gerenciamento em Serviços de Saúde. Quatro estavam cursando o Mestrado em Saúde Pública e apenas um dos entrevistados refere ter tido experiência na supervisão de estágio para os alunos do técnico de enfermagem no hospital psiquiátrico.

Apresentaremos as categorias que emergiram das falas dos enfermeiros e que buscamos articular com a literatura a respeito da temática estudada.

O cotidiano das unidades básicas e a saúde mental.

As unidades básicas se constituem na porta de entrada para os serviços de saúde. Portanto, recebem a população que busca

resolver suas queixas físicas, psicológicas ou sociais.

Quanto à organização, a unidade básica atende a demanda espontânea da sua região de abrangência; este usuário passa por uma triagem sendo encaminhado para a consulta médica (clínico geral, ginecologista ou pediatra) onde pode continuar o tratamento; passa então, a ter sua consulta agendada em retornos periódicos ou ser encaminhado para outro serviço.

No município em questão, uma equipe de unidade básica é constituída por médicos especialistas, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e outros trabalhadores da área de apoio.

As ações programáticas são o eixo norteador do processo de trabalho: programa de saúde do adulto, da criança e da mulher.

Segundo os entrevistados nas unidades básicas, não existe uma ação programática com relação à saúde mental, mas ações isoladas como apontam as falas a seguir:

Geralmente é encaminhado - apesar de um dos clínicos, assim ele atende normalmente quem vier procurar a demanda que tiver. (E3)

Ações programáticas nenhuma. (E5)

O atendimento médico visa acompanhar a parte clínica, sendo sua intervenção baseada na queixa apresentada pelo usuário, mas os profissionais das unidades básicas não proporcionam outras formas de atendimento a sua população adscrita, cuja finalidade do trabalho é a melhora da qualidade de vida e a cura, entendida como a remissão dos sintomas⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros referem que não existe um atendimento específico em saúde mental; as atividades se restringem ao encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental, ou a um aconselhamento realizado diante de uma crise ou uma descompensação do paciente.

(..) realizamos orientações e alguns tipos que a gente costuma, ta fazendo é... algum apoio que alguma necessidade, de um descontrole (não sei se entra isso daí?) várias situações, que a pessoa não está bem, procura realizar tanto o médico como eu e até o pessoal de nível médio. (E5)

Investigações têm apontado que ainda não existe a articulação da atenção básica com

as ações de saúde mental, está se faz necessária como forma de garantir o atendimento de qualidade e os avanços no processo da reforma psiquiátrica^(13, 15, 17).

Dentre as manifestações de sofrimento, encontramos aquelas que podem ser consideradas transtornos mentais de menor gravidade, relacionadas ao "nervoso", conforme uma expressão de perturbação das classes populares⁽¹⁶⁾.

E mesmo as situações normais da vida das pessoas que chegam uma hora que uma dona de casa está deprimida, ou sei lá qualquer profissional pode ficar deprimido por excesso de trabalho, falta de dinheiro, desemprego, acho que em todas essas situações a gente tem que estar preparados para estar recebendo estas pessoas. (E5)

Outras situações vivenciadas pela equipe mostram experiências que são citadas como problemas no dia a dia das Unidades Básicas:

As pessoas enfrentam algumas situações difíceis de vida, perda de um ente querido, bem no ponto extremo, alguns acidentes, algumas seqüelas que acontecem que as pessoas descompensam, outras, os profissionais do sexo, que, muitas vezes são discriminados e eles vêm procurar um apoio na gente, alcoolismo, (...), a gente tem uma existência grande, de homossexuais, de lésbicas, de pessoa que vive a margem da sociedade. (E5)

As falas destacadas evidenciam como as situações de exclusão social, diminuição da rede social de apoio, ou seja, situações de vida, não se traduzem em uma queixa clínica, mas podem se tornar um problema de saúde mental, pois implicam em sofrimento. Trabalhar com o sofrimento é escutar as necessidades do usuário através de diálogo, sem a necessidade de encaminhá-lo para um serviço especializado^(13,16).

Porém, ainda no discurso dos profissionais, está presente a forte conotação do positivismo funcionalista onde a doença é visualizada como desarmonia ou desequilíbrio, descontextualizado de sua vida social⁽¹⁵⁾. Como é apresentado neste relato:

(...) são poucos os profissionais que... eles olham mais a queixa, não olham a base da doença e tal... os profissionais tentarem se envolver mais...com o paciente porque e a

gente sabe muito bem, que muitas vezes o doente esta doente aqui (mostra a cabeça), e o médico acaba não percebendo isso e passa reto. (E1)

O depoimento deste enfermeiro nos traz os problemas advindos do pronto atendimento que funciona nas unidades básicas e que são tidas como consensuais, ou seja: medicalização, baixa autonomia do usuário, ineficiência do trabalho em equipe, baixo aproveitamento do potencial dos profissionais de saúde. Atividades burocratizadas, sem envolvimento e de pouco vínculo com a população usuária⁽¹⁷⁾.

O acolhimento, enquanto estratégia de organização dos serviços de atenção primária deve ser entendida como a possibilidade de um encontro, de uma relação que se estabelece entre os profissionais e o usuário que está necessitando de cuidado e que, este diálogo transcende o espaço da unidade de saúde⁽¹⁸⁾.

A acolhida tem dupla perspectiva: a abertura dos serviços de saúde para a demanda e a responsabilidade por todos os problemas que ocorrerem nessa área delimitada. Nesse caso, seria uma atividade inerente à unidade básica atender a demanda em situações adversas de vida.

O acolhimento traz também em sua proposta uma nova forma de negociação com a população que procura a unidade de saúde. "O acolhimento pode ser capaz de tangenciar e agenciar transformações no campo das experiências do encontro entre o usuário e o profissional da atenção básica, criando outras formas de produzir saúde"⁽¹⁷⁾.

Na prática cotidiana, porque o acolhimento não está colocado como uma ferramenta do cuidado, as facilidades como relação às ações de saúde mental pressupõem a possibilidade de disponibilizar a medicação, sendo, considerada uma atividade de saúde mental.

Nas unidades, a inexistência de um local para a realização de grupos, ou salas que são consideradas insuficientes, dificulta o atendimento da população:

Eu acho difícil, porque o problema meu aqui, problema particular, você não vai encontrar em nas outras unidades, eu não tenho espaço, eu já queria fazer grupo de n coisas, saúde mental tava no meio (...). (E2)

Porém este obstáculo verbalizado pelo enfermeiro poderia ser resolvido ocupando-se espaços que circundam a unidade básica como associação de moradores, salão paroquial, entre outros. As atividades grupais podem e devem se estender por todo o território de abrangência de uma unidade básica e sair do espaço institucional.

Outra dificuldade encontrada para a realização de ações de saúde mental decorre da resistência da equipe:

Dentro da unidade, se você falar vamos montar um programa de saúde mental dentro do Posto, é complicado, como eu falei para você, eu não gosto de saúde mental, é uma barreira. Com relação ao resto da equipe, também. Eu acho que é mais assim, ansiedade porque a gente se sente despreparado para cuidar. (E4)

A fala deste entrevistado denota duas questões: uma, em relação ao preconceito com o portador de sofrimento mental e outra, decorrente do despreparo para o atendimento.

Existe a necessidade de capacitação profissional para estar atendendo o paciente: *Falta, eu acho, capacitação profissional tanto para mim, enfermeira quanto pro médico, uma especialização que a gente pudesse estar acolhendo esse paciente já que não tem para onde mandar, que a gente tivesse o preparo para poder estar atendendo esse paciente que vem, que às vezes ele não precisa mesmo de medicamento, ele precisa de uma conversa. (E3)*

Os enfermeiros relatam que, para melhorar o atendimento em saúde mental, seria importante a capacitação da equipe para atender os usuários, a constituição de grupos, desde aqueles baseados em sintomas até grupos que busquem trabalhar com possibilidades de vida apesar dos quadros clínicos existentes e a retaguarda dos serviços especializados no encaminhamento dos casos de maior dificuldade.

Eu acho que não só nesse serviço, sensibilizar as pessoas, a equipe toda, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pessoal da limpeza, pessoal da odonto, porque existe ainda muito preconceito, medo de não saber trabalhar, história do impotente eu não sei o que eu vou fazer (...). A gente não sabe lidar

com essas coisas, a gente acha que não deveria atender de saúde mental. (E4)

Este enfermeiro aponta também a importância de transformar a forma como os portadores de saúde mental são tratados ou não tratados. Ou seja, a capacitação da equipe de saúde passa por uma questão fundamental: que é rever os preconceitos que estão presentes no coletivo quando falamos em transtorno mental.

Diante do que é exposto pelos enfermeiros, é necessária à capacitação dos profissionais para atender ao usuário em sofrimento psíquico permitindo que esta nova forma de aprender ocorra em um cenário em que as práticas cotidianas e os saberes trazidos pela equipe sejam a base da aprendizagem significativa onde os conhecimentos teóricos mobilizem a capacidade formadora permitindo ao sujeito transferir o conhecimento adquirido para outras situações que ocorram na unidade⁽¹⁹⁾.

Ações de saúde mental realizadas pelos enfermeiros

Quando o processo de trabalho está centralizado na figura do médico e alicerçado no saber biomédico, então o enfermeiro não reconhece sua autonomia para a realização de outras ações que não sejam aquelas determinadas pelas ações programáticas.

Quando investigamos as ações de saúde mental realizadas pelos enfermeiros, encontramos a seguinte resposta:

Quase nenhuma. Por quê? Eles acabam passando pelo profissional médico então... a gente acaba não atuando muito. (E1)

Porém, apontam para situações que: *Quando é percebida uma necessidade, até quando o paciente não tem uma patologia, às vezes, ele está descontrolado com alguma coisa; assim, a gente chama, conversa que tá acontecendo e acaba fazendo um aconselhamento. (E5)*

Ela queria comentar, ela queria conversar. Umas das atividades seria a consulta de enfermagem que a gente acaba fazendo, e a gente não reconhece. (E3)

Podemos inferir que o trabalho do enfermeiro nas unidades básicas não se encontra apenas centrado nas queixas

apresentadas pelo usuário, mas sim entendendo que este tem uma história de vida e necessidades a serem atendidas que transcendem apenas o diagnóstico médico e procedimentos técnicos de enfermagem.

Mas, os enfermeiros não reconhecem em seu trabalho as intervenções às pessoas passando por um momento de sofrimento, que possa ser traduzido pela escuta da experiência vivida. Pois no processo de trabalho, o que é valorizado são os procedimentos, estes palpáveis, garantindo a visibilidade do trabalho. Sua ação se torna possível de ser quantificado, sendo uma atividade burocrática e sem criatividade.

Desta forma, relatam as ações de saúde mental aquelas que se referem ao controle da medicação psicotrópica e descrevem todo o processo:

O paciente vem com a receita, preferencialmente que a gente tem ou da UNESP ou do ARE, a gente anota num caderno, porque o psicotrópico não fica na Unidade, só tem na Unidade medicamento para urgência (...). (E4)

Logo em seguida a receita é encaminhada para a farmácia da Secretaria Municipal de Saúde, sendo entregue no dia seguinte ao paciente ou a sua família. Os enfermeiros controlam essa medicação através de um livro. *O que eu acabo fazendo? Muitos medicamentos psicotrópicos ficam todos sob meu controle, toda a armazenagem, (...) mas os psicotrópicos ficam todos comigo e eu tenho o livro controle de quanto pegou, o quanto não pegou. Uma ação que eu vejo que eu faço é controlar. (E2)* *À parte de atendimento, a gente não faz. Que é a consulta de enfermagem, a parte de psicotrópico a gente fornece, a medicação ou sai daqui ou a gente pega fora, o controle é todo feito por mim. Só a entrega é feita pelo auxiliar. (E4)*

Historicamente a enfermagem tem sido responsável pelo controle quer da unidade enquanto um serviço, quer de todo o pessoal, equipamentos e insumos necessários para o bom funcionamento.

Porém as entrevistadas percebem que existe uma outra atividade que deve complementar o controle da medicação, que recebe a denominação de orientação:

(...) mas o problema eu não sei se esse medicamento é suficiente para atender o paciente às vezes ele nem precisa do medicamento, às vezes é só uma conversa, uma orientação que a gente acaba não dando corretamente. (E3)

(...) mas eu acho que falta um pouco assim, esse controle do paciente, ele faz o acompanhamento legal, se ele tá vindo legal, se tá indo, mas a gente não vê muito o outro controle, você troca receita e não vê muita atividade em grupo, essas coisas, eu também vejo uma dificuldade assim na participação da família. (E4)

Os enfermeiros detectam um problema grave à medida que o usuário permanece com uma grande quantidade de medicação consigo. Utilizam a mesma medicação durante um período extenso sem avaliação, ou seja, na consulta médica, feita a revalidação do receituário sem assistir o usuário. Não é avaliada sua condição de saúde e as mudanças que ocorrem em sua vida.

Os enfermeiros sinalizam para a questão da integralidade do cuidado, que deve ser compreendida como "atributo que permeia a prática de todos os profissionais de saúde. Deve ser fruto do esforço e confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde"⁽²⁰⁾.

Implica na redefinição e organização estruturais dos processos de trabalho, tendo como proposta o enfrentamento de problemas específicos de saúde; dentre eles, encontramos a saúde mental⁽¹⁷⁾.

Todo o usuário tem direito a um atendimento integral, onde devem ser considerados os aspectos emocionais, sociais e culturais. Assim, tem como suporte a relação interpessoal, uma escuta que integre as dimensões do sujeito que vivencia o sofrimento, corporificada nos problemas de saúde⁽¹⁷⁾.

A integralidade é uma prática inovadora nos espaços de saúde e um princípio norteador dentro do Sistema Único de Saúde, e exige que o profissional "desenvolva a capacidade crítica dos contextos e que problematize saberes e processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho"⁽²⁰⁾.

Pois, quando detemos nosso olhar para os serviços de saúde, vemos se repetir a fragmentação do conhecimento, onde o paciente /usuário é atendido pela queixa que traz ao serviço, desconhecendo sua história de vida, seus saberes e o processo de adoecimento e ainda, pautado o atendimento na execução de procedimentos, cumprindo uma planilha já prescrita pelos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação permitiu nos aproximar da realidade vivenciada por enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde com relação às ações de saúde mental.

Nas unidades básicas de saúde, a dificuldade enfrentada pelo usuário que vivencia o sofrimento psíquico quando busca este serviço, se defronta com uma equipe sem capacitação técnica para atender esta demanda. O processo de trabalho encontra-se pautado em ações programáticas, tendo como pressuposto as queixas apresentadas, cuja finalidade é a remissão dos sintomas.

As equipes das unidades ressentem-se de aprender como lidar com esta população, apesar de, no cotidiano institucional, os usuários com queixas relacionadas ao "nervoso" ou sintomas de insônia, ansiedade entre outros, serem atendidos. Porém, não existe uma contextualização do momento vivido, sendo alternativas a medicalização ou o encaminhamento para o serviço especializado.

Esta investigação aponta para uma questão importante diante da realidade da atenção básica no Brasil. Apesar do esforço em se constituir as equipes da Estratégia de Saúde da Família, ainda convivemos com 52% da população sendo atendida em unidades básicas. Isto implica na necessidade de capacitar os profissionais.

Um dos caminhos para o avanço da reforma psiquiátrica passa necessariamente pela atenção básica que deve fornecer uma resposta adequada aos usuários identificados com problemas de saúde mental, via instrumentalização dos agentes de saúde através de capacitação e utilização de uma metodologia problematizadora que busque articular os saberes produzidos pelos

profissionais no cotidiano dos serviços e o conhecimento científico.

A atenção básica deve se constituir em um espaço de acolhimento e da integralidade das ações possibilitando a ampliação de uma rede de cuidados que tenha como objetivo a promoção da saúde como forma de produção de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
2. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(2):213-221.
3. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(1):73-81.
4. Büchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*. 2006;11(3):226-33.
5. Departamento de Atenção Básica; Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 12 jul 2007]. Evolução da implantação das equipes de Saúde da Família e repasse de recursos financeiros (1998-2006). Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
6. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997.
7. Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo; Secretária Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental. São Paulo (Brasil): Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental; 1985.
8. Pitta-Hoisel AM. Sobre uma política de Saúde Mental, em São Paulo/SP [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina/USP; 1984.
9. Antunes EH. Saúde Mental em atenção primária no Estado de São Paulo, em São Paulo/SP [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina/USP; 1998.
10. Barros S, Forcella HT, Teixeira MB, Arantes EC. Ações de saúde mental do enfermeiro em unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1987;40(2):102-105.
11. Giordano JRS, Pereira LMF. Saúde Mental: In: Schraiber LB, Nemes MJB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996.
12. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Brêda MZ. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde [dissertação]. [Recife]: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.
15. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(2):621-628.
16. Fonseca MLG. Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/MS; 2006.
17. Silveira DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/MS; 2003.
18. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(2):331-340.
19. Ribeiro EO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Revista Olho Mágico*. 2003;10(2):47-52.
20. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2006 [cited 12 jul

2007];8(1):42-51. Available from:
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm.

Artigo recebido em 07.02.07

Aprovado para publicação em 31.03.08