



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL ELABORADAS POR ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA

Claudia Maria Sousa de Carvalho¹
Francisco de Oliveira Barros Júnior²

Resumo: A política de saúde mental busca desenvolver um modo de cuidar dos usuários, pautado na lógica da assistência integral. Este trabalho emergiu de uma pesquisa em andamento e consiste em um estudo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido com 15 enfermeiros, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina – PI. Os dados foram produzidos através de entrevistas semi-estruturadas e discutidos à luz da Teoria das Representações Sociais. Os resultados apontam para três categorias: a reprodução do modelo biomédico no processo de trabalho do PSF, o cuidar balizado pelo conhecimento científico e a construção da rede de cuidados no território.

Palavras-chave: Representações sociais, saúde mental, enfermeiros.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MENTAL HEALTH CARE ELABORATED BY BASIC CARE NURSES

Abstract: The mental health policy aims at developing a way to take care of patients, guided by the full assistance logic. This came from an ongoing research and it consists of an exploratory study with a qualitative approach, developed by 15 nurses in Basic Care Unities in the municipality of Teresina – PI. The data were produced through semi-structured interviews and discussed according to the Social Representations Theory. The results point to three categories: the reproduction of the biomedical model in the working process of the PSF, care restricted by the scientific knowledge and the construction of the care network in the territory.

Key words: Social representations, mental health, nurses.

¹ Mestranda. NOVA FAPI. E-mail: claudiamsc@superig.com.br

² Orientador. Curso de Pós Graduação em Políticas Públicas do Piauí



1 - INTRODUÇÃO

A partir do processo de organização das sociedades, o homem passou a desenvolver padrões de comportamentos e condutas presentes nas relações que se estabelecem entre os indivíduos e que determinam critérios de aceitação dentro de um grupo social (SMITH, 1999). Entre essas condutas, pode-se caracterizar o cuidar de pessoas e de si mesmo como uma necessidade que emerge dessas relações e que se mantém como condição de sobrevivência na sociedade contemporânea.

A partir da observação do modo de agir e pensar das pessoas, e especialmente de profissionais da saúde, percebe-se, empiricamente, que a capacidade de cuidar do outro, inerente ao ser humano, sofre modificações por influência das crenças, valores, concepções e experiências vividas pelo sujeito que presta o cuidado. Em relação aos profissionais de saúde, esses fatores de influência na prática do cuidar podem sofrer modificações diante do saber científico.

O cotidiano também revela que grande parte dos profissionais da saúde ingressa no curso acadêmico motivados pelo desejo de adquirir maior capacidade para o exercício do cuidar daqueles que sofrem de alguma maneira, seja por sofrimento físico, seja por sofrimento mental; uma maneira interessada de resolver o problema do outro. Contudo, ao longo da formação, o sonho de ajudar ao próximo se transforma em práticas nas quais o cuidar das pessoas é feito com a valorização de recursos de elevada tecnologia em detrimento dos recursos que possibilitam conhecer as reais necessidades do indivíduo que, na maioria dos casos, se revelam sem necessitar de nenhum aparato tecnológico.

A formação dos profissionais Enfermeiros tem o cuidar como essência da prática profissional. Baseado nisso, percebe-se que tais profissionais são dotados de uma postura peculiar à profissão ao lidar com o objeto de cuidado: o ser humano. Uma postura que se expressa com sentimento de zelo, preocupação e respeito pelo paciente que está em sofrimento. Apesar disso, o modelo de trabalho no qual esses profissionais estão inseridos, muitas vezes, exige uma postura profissional de natureza tecnicista e com pouco envolvimento afetivo, traduzindo o que se chama atualmente de modelo biomédico de assistência.

Durante muito tempo as políticas públicas de saúde foram delineadas para tratar a dor física dos pacientes e alcançar a cura das doenças por meio de recursos diagnósticos especializados, de elevado custo financeiros e no crescente consumo de medicamentos. Como resultado disso, o sistema público de saúde do país enfrentou crises no financiamento



das ações e no pagamento dos prestadores de serviços de saúde que levaram a saúde pública do país à condição de falência, sendo nas últimas décadas do século passado, o período que mais se discutiu e implementou medidas no sentido da reversão desse estado. Este foi também um período marcado pelos movimentos sociais denunciando a falta de políticas públicas ampliadas de assistência à saúde da população, bem como manifestando críticas às práticas profissionais fundamentadas no modelo médico individual, curativo e especializado como única forma de assistir aos pacientes do sistema público de saúde do país.

Neste sentido, a luta por melhores condições de saúde representou a forma de expressão dos movimentos sociais, no final da década de 70, no século XX, diante do descontentamento em relação às precárias condições de assistência em saúde prestada à população. Assim, as últimas décadas do século passado foram marcadas por profundas transformações políticas, sociais e ideológicas no campo da saúde pública no país, que resultaram na construção de um modelo de atenção à saúde que se propõe a atender as necessidades de bem-estar físico, mental e social da população brasileira (BRASIL, 2001a).

Diante desse contexto, com o intuito de atenuar as tensões geradas entre Estado e sociedade e, ao mesmo tempo, atender as demandas da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de caráter público e universal, regido por princípios doutrinários e organizacionais (BRASIL, 1988). A partir daí, foram redesenhadas as políticas públicas de saúde e desenvolvidos um conjunto de programas e estratégias para garantir o acesso universal aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, ao tempo em que assegura a descentralização das ações e a participação popular conforme ideologia do sistema de saúde instituído.

Entre as políticas de saúde destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como principal estratégia de universalização da assistência e garantia de acesso aos serviços, contando com trabalho em equipe multidisciplinar e com a proposta de assistência integral a comunidade residente no território de atuação da equipe (BRASIL, 2001a). A perspectiva desta política é desenvolver um novo modo de cuidar, pautado na lógica da assistência integral, considerando a singularidade do sujeito com suas necessidades e atendendo indistintamente todos os membros da comunidade, inclusive os portadores de transtornos mentais. Para isso, salienta-se a necessidade de desenvolver uma efetiva interlocução entre profissionais e serviços, garantindo a constituição de uma rede de cuidados organizada para atender as demandas da comunidade relacionadas ao binômio saúde –doença.



Contribuindo para o fortalecimento desse modelo ampliado de cuidados, a Lei da Reforma Psiquiátrica³ foi elaborada para impulsionar a reversão do modelo médico hegemônico no país, no campo da saúde mental, e assegurar uma política de saúde voltada para a assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, em serviços inseridos no seu território e promovendo a reinserção no seu espaço familiar e comunitário.

De acordo com a proposta de implantação desta política, a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴, como atualmente é designado o PSF, representa um desses serviços de base comunitária e constitui importante estratégia de articulação dentro dessa rede de cuidados por conhecer de perto os fatores que predispõem a comunidade ao adoecimento e desenvolver uma assistência centrada no sujeito, tendo como foco do cuidado a família.

Assim, segundo o Relatório da Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica em 2001, as experiências cotidianas de trabalho das equipes do PSF apontam para cerca de 56% dos atendimentos ocorrerem por causas que levam a algum tipo de sofrimento psíquico, incluindo, neste grupo, os transtornos provocados pelo uso abusivo de drogas, entre elas o álcool (BRASIL, 2001b). A partir desta realidade, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em parceria com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propõe entre as suas diretrizes, um arranjo organizacional de trabalho, no qual as Equipes de Saúde da Família fazem o acompanhamento dos casos dentro do próprio território de atuação, contando com o apoio matricial⁵ da equipe de saúde mental, visando o compartilhamento de responsabilidades e o aumento da capacidade resolutiva da equipe local (BRASIL, 2003).

Contudo, percebe-se que no cotidiano de trabalho das equipes do PSF ainda predomina uma assistência com práticas centradas no modelo biomédico, no qual a investigação dos sintomas prioriza as causas orgânicas, impedindo a revelação dos sintomas de ordem psíquica ou emocional. Além disso, os portadores de transtornos mentais representam uma demanda reprimida no campo das ações da atenção básica, por razões diversas que vão desde a falta de afinidade com a área de cuidados, por parte dos profissionais, até a falta de suporte institucional e social para atender essa demanda.

³ Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a).

⁴ Neste trabalho utilizaremos a expressão Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição à Estratégia Saúde da Família (ESF).

⁵ O apoio matricial refere-se ao arranjo organizacional de trabalho no qual uma equipe especializada oferece retaguarda assistencial e técnico-pedagógica à equipe de saúde local (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Neste caso a equipe de saúde mental deve oferecer apoio matricial para a equipe de saúde da família.



Pesquisa desenvolvida com enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, no Município de Teresina – PI revelou que a maioria dos profissionais (95.5%) não possui formação específica na área de saúde mental e, por isso, encontram dificuldades de acompanhar as mudanças ocorridas nas políticas públicas do país, especificamente em relação à saúde mental. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (97%) relata identificar pessoas necessitando de cuidados em saúde mental, mas que, comumente, não exerce ações dirigidas para essa área. O referido estudo concluiu que as ações de saúde mental realizadas na atenção básica ocorrem de forma isolada e que grande parte da comunidade não recebe este tipo de atendimento (SOUZA et al, 2007).

Entretanto, para uma efetiva ação de cuidar, é preciso discutir aspectos que regem a elaboração de condutas e comportamentos dos sujeitos envolvidos nesse processo, a fim de encontrar respostas para fenômenos sociais que se apresentam no cotidiano dos sujeitos; neste trabalho, focado no cuidar em saúde mental desenvolvido por enfermeiros (as) da atenção básica.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem sido amplamente utilizada na busca de respostas para os problemas surgidos no campo da saúde por representar um modo de repensar o cotidiano nas possíveis formas de intervenção em saúde e, assim, imprimir uma leitura diferente sobre os grupos humanos que têm se preocupado apenas com a dimensão biológica dos sujeitos (ARRUDA, 2001).

Para Jodelet (2001) a TRS intervêm no processo de difusão e assimilação dos conhecimentos, bem como na expressão dos grupos e nas mudanças sociais que são relevantes no processo saúde-doença.

Assim, a opção em desenvolver a pesquisa fundamentada na TRS se deve à possibilidade que esta oferece de revelar explicações sobre os fenômenos que fazem parte do cotidiano dos sujeitos, assim como permitir a compreensão das ações humanas, das relações entre indivíduos e a sociedade (MINAYO, 2007).

Ao refletir sobre as práticas cotidianas dos enfermeiros (as) da atenção básica quanto ao cuidar no campo da saúde mental, neste trabalho destacando as práticas desses profissionais como membro de uma Equipe de Saúde da Família, enfoca-se como objeto de estudo as representações sociais do cuidar em saúde mental elaborada por enfermeiros (as) da atenção básica.

Diante do exposto, emergem as seguintes questões norteadoras: quais as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por Enfermeiros (as) que



atuam na atenção básica? Qual a importância das representações sociais sobre o cuidar em saúde mental para a implementação das políticas públicas?

Assim, parte-se do pressuposto de que o cuidar em saúde mental é representado por ações centradas na doença e não no sujeito, predominando condutas baseadas na prescrição de medicamentos e encaminhamentos para serviços especializados, como o hospital e ambulatórios de atendimento psiquiátrico. E, ainda, que, apesar da existência de políticas públicas que direcionam o cuidar em saúde mental no âmbito da atenção básica, esta ação não representa uma atribuição para considerável número de equipes do PSF.

A fim de encontrar resposta para o problema de pesquisa apresentado, o presente trabalho tem como objetivos: Apreender as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por enfermeiros (as) da atenção básica e discutir as representações sociais do cuidar em saúde mental apreendidas com vistas à implementação das políticas públicas de saúde mental.

2 - CAMINHO METODOLÓGICO

Este trabalho emergiu de uma pesquisa em andamento do curso de Mestrado em Políticas Públicas através da Universidade Federal do Piauí com término previsto para o mês de maio de 2009. Consiste em uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da Regional Centro-Norte do município de Teresina – PI, nas quais é desenvolvido o trabalho dos profissionais que atuam no PSF do município. Dentre as UBS pertencentes à referida regional, foram selecionadas as seguintes: Adelino Matos, Matadouro, Primavera, Anita Ferraz e Santa Maria da Codipe.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram Enfermeiros (as) que obedeceram aos critérios de inclusão a seguir: ser enfermeiro (a) que atua no PSF e aceitar participar do estudo. A definição dos sujeitos se deve ao fato de que o cuidado em saúde mental é uma prática que permeia o cotidiano de trabalho dos enfermeiros (as) das equipes do PSF, além disso, o enfermeiro (a) desenvolve importante papel na articulação do trabalho em equipe, tido como requisito básico para a interdisciplinaridade e para a efetivação da integralidade da assistência, princípios fundamentais para desenvolver o cuidado no campo da saúde mental.



A pesquisa atendeu aos requisitos éticos e legais do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aos preceitos da Resolução CNS 196/96 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998). Desse modo, os participantes da pesquisa foram devidamente informados quanto aos objetivos do estudo e, posteriormente, procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A construção dos dados se deu por meio da utilização de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009, com 15 enfermeiras que atuam no PSF da Regional Centro-Norte de Teresina – PI. As transcrições das entrevistas foram realizadas imediatamente após cada coleta dos dados. Após esta etapa da pesquisa, as falas dos sujeitos foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática sob o referencial teórico de Bardin (1977).

A análise dos conteúdos está sendo construída à luz da Teoria das Representações Sociais e organizada segundo as categorias simbólicas apreendidas cujas definições apontam para três grupos: a reprodução do modelo biomédico no processo de trabalho do PSF, o cuidar balizado pelo conhecimento científico e a construção da rede de cuidados no território.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência do processo de reforma alcançado no sistema de saúde do país, vale destacar que a reforma psiquiátrica, como processo de transformação no campo da saúde mental, imprimiu um novo conteúdo nas representações sobre o transtorno mental e, como consequência, do portador de transtorno mental; além disso, abriu caminhos para a materialização de novas condutas para o enfrentamento das questões relacionadas ao sofrimento psíquico.

Deste modo, o conhecimento destas formas de representações possibilita a compreensão das condutas e atitudes frente a um determinado fenômeno social, que, neste estudo, se refere ao cuidar em saúde mental elaborado por enfermeiros (as), agentes responsabilizados pela ação do cuidar dentro do modelo de atuação imposto pelo sistema de saúde. Assim, segundo Perrusi (1995), as representações sociais representam um sistema de interpretação da realidade social do sujeito, organizando as relações deste com o mundo e orientando suas condutas e atitudes. A partir do conhecimento sobre as representações sociais construídas pelos enfermeiros (as) da atenção básica acerca do



cuidar em saúde mental, pode-se contribuir com a elaboração de estratégias de intervenção que possam assegurar a efetividade de uma política de atenção aos portadores mentais no âmbito da atenção básica.

Este entendimento pode ser justificado pelo duplo papel, segundo Nóbrega (2003), na formação das representações sociais. Um deles é o de tornar familiares fenômenos considerados estranhos ao meio social de convívio do sujeito e o outro de tornar perceptíveis fatos existentes na realidade que se encontram invisíveis.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais aplicada ao campo da saúde mental e, especificamente sobre o cuidar em saúde mental, contribui para a familiarização de tal fenômeno com a finalidade de construção de um conhecimento compartilhado socialmente que produz e determina comportamentos e atitudes em relação ao fenômeno estudado (SÁ, 1996).

4 – REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. Apresentação. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Relatório da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**, 2001b.

_____. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes/pdf>>. Acesso em 25 fev. 2008.



_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (organizadores). **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2003.

PERRUSI, A. **Imagens da Loucura**. São Paulo: Cortez, 1995

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SMITH, A. **Teoria dos Sentimentos Morais**. Trad. Lya Luft. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

SOUZA, A. J. F. et. al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007, vol.60, n. 4, ISSN 0034-7167.