**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

TATIANA MALFARÁ DE CASTRO

**Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção
Psicossocial**

Ribeirão Preto

2007

TATIANA MALFARÁ DE CASTRO

Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Toyoko Saeki

**Ribeirão Preto
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA

Castro, Tatiana Malfará de
Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial.
Ribeirão Preto: EERP – USP, 2007.

114 p.; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Saeki, Toyoko.

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Centro de Atenção Psicossocial. 3. Saúde Mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

TATIANA MALFARÁ DE CASTRO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

ORIENTADORA: TOYOKO SAEKI

APROVADA EM:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*À **DEUS**, em primeiríssimo lugar... por me proporcionar A VIDA!*

*À **Sant Clair**, companheiro maravilhoso, que me possibilitou a coragem e o estímulo para assumir este trabalho.*

*Aos meus pais, **Bruno e Maria Antonieta**, pela dedicação em oferecer-me uma excelente educação que tornou possível a minha trajetória acadêmica.*

*Às minhas irmãs **Carolina e Daniela**, pela amizade.*

Agradecimentos

Meu especial agradecimento à Professora Doutora Toyoko Saeki, por suas orientações precisas que me fez avançar na realização deste trabalho, possibilitando o meu crescimento na área acadêmica e também como pessoa.

À Professora Doutora Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza e ao Professor Doutor Sinval Avelino dos Santos pelas sugestões precisas que contribuíram muito para a melhoria deste estudo.

Às enfermeiras que participaram desta pesquisa pela disponibilidade e compromisso.

Aos coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial pela permissão para que eu pudesse realizar esta dissertação.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Devemos aprender a respeitar, acolher, ouvir,
compartilhar, comunicar e ver que o outro, o louco,
é o outro de nós!

Para tanto, o enfermeiro psiquiátrico deve
principalmente, ter amor pela área na qual atua.
Amor esse, que o faz lutar contra todo preconceito e
alienação do doente mental em favor de uma nova
e verdadeira essência para o mesmo: a dignidade
de viver,
feliz!

RESUMO

CASTRO, T.M. **Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial.** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O presente estudo é descritivo exploratório com abordagem qualitativa dos dados. Tem como proposta investigar a atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial; descrever as atividades realizadas pelo enfermeiro em CAPS I, II e III; identificar as facilidades e os limites encontrados pelo enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades nesse tipo de serviço. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 11 profissionais, guiadas por roteiro pré-elaborado. Essas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador. Na análise e discussão dos dados coletados, utilizou-se as seguintes fases: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final na articulação do material teórico e empírico. Desse modo, extraiu-se, de cada depoimento, os temas emergentes dos discursos dos entrevistados os quais foram agrupados em duas categorias temáticas: assistência de enfermagem, e facilidades e dificuldades para a realização de suas atividades nos CAPS. Os resultados apontam que a maioria das participantes tem experiência prévia em outros serviços de atendimento em saúde mental, antes de ingressarem no CAPS. Quanto à formação específica em saúde mental, constatou-se que mais da metade das enfermeiras possui especialização na área de enfermagem psiquiátrica. O tempo médio de trabalho nos equipamentos selecionados é de três anos e sete meses. Os resultados indicam que as enfermeiras desempenham atividades de assistência direta com a realização de grupos e ações individuais. Para os enfermeiros, as facilidades encontradas para atuar no serviço são: afinidade com a área da saúde mental, coordenação e reuniões de equipe. As dificuldades referidas pelos enfermeiros são: a acomodação de auxiliares de enfermagem e a ausência ou pouco suporte terapêutico aos profissionais. As questões relacionadas ao trabalho em equipe e à estrutura e dinâmica do serviço, foram pontuadas por algumas enfermeiras como facilitadoras, enquanto que para outras, como limitantes.

Palavras chave: Enfermagem psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial. Saúde Mental.

RESUMEN

Castro, T.M. **Actuación del enfermero en el Centro de Atención Psicosocial**. 2007. 114 F. Disertación (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El presente estudio es descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo de los datos. Tiene como propuesta investigar la actuación del enfermero en Centro de Atención Psicosocial; describir las actividades realizadas por el enfermero en CAPS I, II y III; identificar las facilidades y los límites encontrados por el enfermero para el desarrollo de sus actividades en ese tipo de servicio. Para la colecta de los datos, fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con 11 profesionales, guiadas por guión preelaborado. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas en la íntegra por el propio pesquisador. En el análisis y discusión de los datos colectados, se utilizó las siguientes fases: ordenación de los datos, clasificación de los datos y análisis final en la articulación del material teórico y empírico. De este modo, fueron extraído de cada declaración, los temas emergentes de los discursos de los entrevistados, que fueron agrupados en dos categorías temáticas: asistencia de enfermería, y facilidades y dificultades para la realización de sus actividades en los CAPS. Los resultados indican que la mayoría de las participantes tiene experiencia previa en otros servicios de asistencia a salud mental, antes de ingresar al CAPS. Referente a la formación específica en salud mental, se constató que más de la mitad de las enfermeras posee especialización en el área de enfermería psiquiátrica. El tiempo medio de trabajo en los equipos seleccionados es de tres años y siete meses. Los resultados indican que las enfermeras desempeñan actividades de asistencia directa con la realización de grupos y acciones individuales. Para los enfermeros, las facilidades encontradas para actuar en el servicio son: afinidad con el área de la salud mental, coordinación y reuniones de equipo. Las dificultades referidas por los enfermeros son: la acomodación de auxiliares de enfermería y la ausencia o poco soporte terapéutico a los profesionales. Las cuestiones relacionadas al trabajo en equipo y a la estructura y dinámica del servicio fueron puntuadas por algunas enfermeras como facilitadoras, mientras que para otras, como limitantes.

Palabras llave: Enfermería psiquiátrica. Centro de Atención Psicosocial. Salud Mental.

ABSTRACT

CASTRO, T.M. **Nurse Performance at a Psychosocial Care Center.** 2007. 114 F. Thesis (Master's) –University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

The present study is exploratory and descriptive with a qualitative approach of the data. Its proposal is to investigate nurse performance at the Psychosocial Care Center (PCC); describe the activities performed by nurses in PCC I, II, and III; identify the facilities and limits that nurses come across to develop his/her activities in this kind of service. Data collection took place through semi-structured interviews with 11 professionals, using a pre-elaborated script. The latter were fully recorded and transcribed by the researcher. In the analysis and discussion of the collected data, the following stages were used: data ordering, data classification, and final analysis in the articulation of the theoretical and empiric material. Thus, from each statement, themes emerging from the interviewees' reports were extracted and grouped into two thematic categories: nursing care, and the easy and difficult aspects they deal with to perform his/her activities in the PCC. The results point out that most of the participants has previous experience in other mental health care services, before entering the PCC. Regarding specific education in mental health, it was verified that more than half the nurses have a specialization degree in psychiatric nursing. The average time of work in the selected equipment is three years and seven months. The results indicate that nurses perform direct care activities through group and individual actions. For the nurses, the easy aspects regarding their work in the service are: affinity with the mental health area, and team coordination and meetings. The difficulties mentioned by the nurses are: the indolence of nursing auxiliaries and the absence or little therapeutic support to professionals. Some nurses pointed issues related to teamwork and to service structure and dynamics as facilitators, while others stated them as limitations.

Key Words: Psychiatric nursing. Psychosocial Care Center. Mental health.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 - Enfermagem Psiquiátrica	18
2.2 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	26
2.3 - Reabilitação Psicossocial	31
2.4 - A prática do enfermeiro nos serviços de saúde mental.....	37
3 OBJETIVOS	50
4 METODOLOGIA	52
4.1 - Tipo de estudo	53
4.2 - Local do estudo	54
4.3 - A população do estudo e Entrada no Campo	55
4.4 - Coleta de dados	56
4.5 - Análise dos dados.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1- Enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial	61
5.1.1- Caracterização dos sujeitos	61
5.1.2 - Atuação dos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial.....	66
5.1.2.1 - Atividades assistenciais	66
5.1.2.1.1 - Atendimentos individuais	67
5.1.2.1.2 - Atendimentos grupais	70
5.1.2.1.3 - Atendimento familiar	77
5.1.2.1.4 - Atividades comunitárias.....	79
5.1.2.1.5 - Atividades burocrático-administrativas	81
5.1.3 - Facilidades e dificuldades encontradas na atuação do Enfermeiro	82
5.1.3.1 – Facilidades	82
5.1.3.2 – Dificuldades.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
7 REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES.....	110
ANEXO	113

1 APRESENTAÇÃO

As informações veiculadas nos meios de comunicação, a respeito do doente mental, fizeram-me perceber quanto o mesmo era estigmatizado pela sociedade, que via esse doente como preguiçoso, perigoso e mentiroso. E, também, pude notar como o tratamento dessas pessoas nos serviços hospitalares de moldes manicomiais era desumano e antiético. Dessa forma, meu interesse a respeito da pessoa em sofrimento psíquico e de como ela era assistida por profissionais da área da saúde aumentou ainda mais.

No início da graduação em Enfermagem, eu já ficava na expectativa para logo cursar o sexto semestre, pois era oferecida, nesse período, a disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Meu intuito era adquirir os conhecimentos que tanto desejava.

A disciplina citada acima proporcionava aos alunos a opção por estagiar em um dos vários campos: Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral, Unidade de Emergência Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, Núcleo de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial. O campo de estágio que escolhi foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, por ser serviço inovador, com várias modalidades terapêuticas e por acreditar ser local diferente dos outros serviços, nos quais imaginava que o paciente ficava confinado entre quatro paredes, sem a oportunidade de reinserção na sociedade.

No Centro de Atenção Psicossocial II, os usuários não permanecem por longos períodos no serviço. Eles ficam durante um período no local e, depois, retornam para suas casas, diferentemente do hospital psiquiátrico, onde muitos dos pacientes ficam internados por meses e até anos, e não têm “permissão” para participar de seu plano terapêutico e tampouco para a melhoria de seu quadro clínico.

O CAPS é um serviço tipo II, conforme Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, cadastrado no Ministério da Saúde, que atende pessoas em sofrimento psíquico e que necessitam de atenção intensiva e contínua. O CAPS é a porta de entrada, na rede de serviços, para as ações relativas à saúde mental de egressos da Unidade de Internação Psiquiátrica (Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas, Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve – EPIB e Unidade de Emergência Psiquiátrica) e atende, também, os usuários encaminhados por outros serviços de saúde mental do município, desde que seja respeitada a área adscrita atendida pelo serviço (Distrito Central).

Os critérios de inclusão para se beneficiar desse serviço são: residir na área de abrangência, ter quadros psicóticos e neuróticos graves, apresentar transtornos de ansiedade e transtornos do humor graves, sofrer de transtorno de personalidade estando em crise, com risco de auto e heteroagressão, que não necessitem de internação integral, ser portador de retardo mental com sintomas psiquiátricos que necessitem de manejo focal dos sintomas (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial II atende aproximadamente 250 usuários, com rotatividade média de 20 a 30 usuários/dia. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

De acordo com as Normas e Rotinas do Centro de Atenção Psicossocial II de Ribeirão Preto, os objetivos do serviço são: manejo de sintomas agudos e/ou crônicos, que incluem processos de reabilitação psicossocial e não reestruturação da personalidade, os ganhos adquiridos devem estimular o paciente a procurar outras modalidades de tratamento, que não aquelas do serviço, até obter alta (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Cada usuário tem o seu plano terapêutico personalizado, ou seja, um conjunto de atendimentos que respeita a sua individualidade, e propõe atividades a ele durante a sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Portanto, o projeto terapêutico avalia as necessidades de cada usuário, baseadas nas suas habilidades e potencialidades. Desse modo, dentre as atividades oferecidas pela semi-internação, são escolhidas aquelas que possibilitam a ajuda que o paciente necessita.

O plano terapêutico é redefinido constantemente pelo profissional de referência (esse, geralmente, é o profissional que acolhe o sujeito no serviço) e pela equipe, para avaliar as respostas do mesmo ao seu projeto.

Ao presenciar esse tipo de serviço, fiquei muito entusiasmada, pois até então, desconhecia a existência de modalidade extra-hospitalar em Ribeirão Preto, que funcionava de forma distinta dos hospitais psiquiátricos tão criticados pelos trabalhadores de saúde mental que denunciavam a situação precária dos mesmos.

A partir dessa experiência, tive a primeira oportunidade de entrar em contato com pessoas acometidas pelo transtorno mental. Percebi que muitas delas estavam impossibilitadas de ter uma vida afetiva e social e, também, não exerciam seus direitos civis, sociais e políticos.

O estágio, infelizmente, ocorreu em um curto período de tempo e tive a oportunidade de observar muito mais a atuação dos outros profissionais, que ali trabalhavam, do que a do profissional enfermeiro, pois um dos enfermeiros estava afastado do serviço, por problemas de saúde, e o outro trabalhava no período da tarde, no qual não havia estágio.

Comecei a questionar: como se daria a prática do enfermeiro nesse novo serviço de saúde mental? Seria diferente daquela que ouvia falar tão negativamente

nos hospitais psiquiátricos? Será que os esses trabalhadores teriam dificuldades para realizar algumas atividades, como aquelas diretas com os pacientes? De que maneira eles tentavam superar essas dificuldades para atuar como planejavam?

No Estágio Curricular, disciplina oferecida no último semestre do Curso de Graduação de Enfermagem, cuja carga horária para a prática era de 360 horas, escolhi novamente o CAPS, pois, naquele momento, tive certeza de que queria trabalhar na área de saúde mental.

A partir dessas minhas experiências, atentei para a necessidade de proporcionar ao paciente com transtorno mental, assistência integral às suas necessidades, como a sua reinserção na sociedade.

No momento em que buscamos uma política de saúde mental centrada nos direitos humanos dos pacientes, na eliminação das práticas manicomiais e na desconstrução de conceitos cristalizados que ditam as ações, surgem questionamentos em relação à prática do enfermeiro que atua nessa área (LEITE, 2002). Dessa forma, surgiu o interesse de conhecer a prática do enfermeiro em um serviço aberto de saúde mental, no caso, o CAPS, de modo a contribuir para a discussão sobre a forma de inserção dessa prática em uma instituição que é norteadada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Imagino que estudos identificadores das ações do enfermeiro em serviços extra-hospitalares, que têm como pressupostos os princípios da Reforma Psiquiátrica, possam contribuir para maior e melhor reflexão da prática desses profissionais no campo da psiquiatria nos novos serviços de saúde mental, com a finalidade de melhorar a assistência ao paciente psiquiátrico.

De acordo com Leite (2002), como a enfermagem ainda não tem presença qualitativa junto ao paciente, torna-se importante repensarmos a nossa prática, visto

que há novas exigências da assistência ao paciente psiquiátrico necessárias ao processo de Reforma Psiquiátrica.

Escolher o Centro de Atenção Psicossocial como local para a realização deste estudo teve várias implicações, entre elas, a tentativa de contribuir para o debate sobre o processo de mudança teórico-prática da atenção em saúde mental, refletir sobre a prática do enfermeiro nesse novo serviço e conhecer essa atividade.

Ao considerar as dificuldades para a transformação do modelo de atenção em saúde mental, as expectativas das políticas públicas em relação ao CAPS e à atuação de seus trabalhadores torna-se importante investigação que identifique a prática que o enfermeiro desenvolve, na realidade desse serviço (BICHAFF, 2006).

Pretendo, com este estudo, contribuir para que o enfermeiro psiquiátrico repense sobre o seu novo papel em serviços extra-hospitalares, em especial, nos Centros de Atenção Psicossocial, de modo que passe a atuar para a melhoria da qualidade de vida do cidadão portador de transtorno mental.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Enfermagem Psiquiátrica

Para Travelbee (1982), enfermagem psiquiátrica

... é um processo interpessoal através do qual o enfermeiro profissional ajuda a uma pessoa, família ou comunidade, com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e do sofrimento mental e, se necessário, contribuir para descobrir um sentimento para essas experiências (p. 35).

De acordo com Santos (2006, p.13), o enfermeiro psiquiátrico exerce papel de agente terapêutico, que tem como base o relacionamento e os cuidados voltados à compreensão do significado do comportamento e às atitudes do paciente. Sendo assim, a assistência de enfermagem psiquiátrica pode melhorar a qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico, bem como promover a saúde no seu cotidiano, por meio de acolhimento do “sujeito com sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial e político-cultural” e realizar intervenções terapêuticas.

Para Travelbee (1982), as funções do enfermeiro psiquiátrico estão focadas em promover saúde mental, ajudar a pessoa a enfrentar os problemas que a enfermidade mental traz, além de auxiliar o doente, a família e a comunidade a encontrarem maneiras e formas de pensar sobre a mesma.

O profissional enfermeiro, conseqüentemente, deve ter em mente todos os seus objetivos para programar e implementar adequada assistência, de forma a atuar com clareza, diferenciando suas funções de outros profissionais.

O enfermeiro psiquiátrico não deve apenas objetivar a cura do paciente, pois a doença mental não pode ser vista apenas como disfunção. Deve, entretanto, atuar de forma diferente, direcionada ao sujeito, assistindo-o de modo a melhorar a sua qualidade de vida (VILELA, 2002).

Se de um lado é de suma importância que a abordagem médico-psiquiátrica dos transtornos mentais (de natureza predominantemente biológica) ocupe papel fundamental no diagnóstico e no tratamento, por outro, as outras modalidades terapêuticas revestem-se, também, de extrema importância para a obtenção de resultados clínicos relevantes e duradouros, visto a especificidade e a complexidade do processo de adoecimento psíquico (JORGE; FRANÇA, 2001).

Dessa maneira, o enfermeiro deverá acolher esse sujeito, escutando-o de forma a oferecer intervenção terapêutica que possibilite a sua reabilitação. Isso se dá por meio do vínculo afetivo do profissional com o usuário e desse com o serviço de saúde mental.

Para o estabelecimento de vínculos na relação enfermeiro-paciente, aquele deve transmitir a esse o seu desejo sincero de ajudá-lo, sempre valorizando-o e colaborando para que o momento seja o menos desagradável possível (LEITE, 2002).

Santos (2006) aponta que a enfermagem psiquiátrica exerce papel de agente terapêutico, tendo como base o relacionamento e o cuidado enfermeiro-paciente. O enfermeiro volta-se para a compreensão do comportamento e das atitudes do doente mental. O autor citado afirma que os objetivos da enfermagem psiquiátrica podem promover melhor qualidade de vida para o doente mental.

Segundo Rodrigues e Schneider (1999), a essência do trabalho do enfermeiro psiquiátrico está ligada ao relacionamento interpessoal terapêutico com o paciente. Todavia, na prática cotidiana, “o cumprimento de normas burocráticas coloca-se como objeto central do trabalho da enfermeira” (AGUIAR, 1995, p. 21).

Rocha (1994) salienta que o enfermeiro, na graduação, tem formação genérica, cujo ensino é basicamente tecnicista. Entretanto, a enfermagem

psiquiátrica exige dele iniciativa, criatividade e diversos modos de assistir e isso não é bem trabalhado nem na formação do profissional, nem na prática institucional, levando-o a se envolver mais com atividades burocráticas.

No hospital psiquiátrico, não há relação no que diz respeito à troca e ao diálogo com o doente mental, pois ele não pode existir como ser humano dentro do asilo. Por isso, a relação enfermeiro-paciente acaba ficando esvaziada de sentido e o papel do enfermeiro deixa a desejar (VILELA, 2002).

Basaglia (1985, p. 121), ao analisar a situação do sujeito internado, afirmou que esse é um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastam e o excluem da sociedade. O paciente é o objeto da violência institucional e qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença. E, mais, ao mesmo adere um novo corpo, que é o da instituição e, assim, nega “cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio”.

De acordo com Filizola (1990), as funções que o hospital psiquiátrico assume são: reclusão (isolamento de pessoas), manutenção da vida (proteção do doente contra seus próprios impulsos destrutivos), hospedagem e cuidado (cuidar da alimentação, sono e higiene), terapêutica-reabilitadora (intervenção que faz com que o paciente possa continuar vivendo na sociedade externa), educativa (servir de centro para formação de profissionais e investigação). Contudo, a principal função exercida nos hospitais psiquiátricos, infelizmente, é a reclusão.

Nos hospitais psiquiátricos, o enfermeiro tem grande parte de seu tempo reservado para atividades burocráticas e administrativas. Isso torna o cuidado direto com o paciente escasso e ineficiente. Eles, geralmente, ficam abandonados, sem

participar de atividades e tampouco recebem informações claras e concretas a respeito de seu tratamento.

A instituição hospitalar não oferece meios e/ou formas para que o profissional possa reverter a maneira como os pacientes são tratados nesses locais. Alguns exemplos são os acúmulos de funções de natureza burocrática, baixa remuneração e pouca valorização dos trabalhadores, além da falta de recursos humanos e materiais (KIRSCHBAUM, 2000).

Rodrigues e Schneider (1999) relatam que não apenas o enfermeiro tem que estar consciente do que pretende, mas, também, a instituição na qual esse profissional trabalha precisa ter clara a sua finalidade e ter conhecimento do trabalho do enfermeiro.

É necessário obter a transformação do hospital psiquiátrico em espaço que permita revitalizar o papel do paciente em seu processo de tratamento. É importante que ele se torne, por meio de sua ação e pensamento, elemento de sua própria assistência, tendo maior flexibilidade de seus papéis assumidos na instituição (CAMPOS FILHO; ARAÚJO, 1986).

No final dos anos 70, no Brasil, com as denúncias sobre as práticas de violência e abandono nos asilos, ocorreram movimentos de defesa dos direitos civis dos doentes mentais e discussões sobre a conduta do profissional médico. Como conseqüências, surgiram propostas de intervenção nos manicômios, com vistas à democratização e à humanização do atendimento. Dá-se o início à então chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, que propõe formas de atenção substitutiva ao modelo hospitalar, “ênfatizando a participação da família, a descentralização dos serviços, a reintegração do doente mental ao seu contexto social e a luta pelos seus direitos civis” (SILVEIRA; ALVES, 2003, p. 646).

Em meados da década de 70, com as denúncias dos profissionais que trabalhavam na área de saúde mental sobre a precariedade da assistência, baixos salários e péssimas condições de trabalho, com a exigência de reestruturar a assistência, ocorreu o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que foi considerado o movimento político da Reforma Psiquiátrica, constituindo-se como espaço de luta não-institucional e porta-voz da escassez de recursos e condições de trabalho e assistência precária (ROSSINI, 1998).

Essa época foi caracterizada pela abertura democrática e pelas lutas dos trabalhadores de saúde mental contra a indústria da loucura, contra a superlotação das instituições e a cronificação do doente mental e por melhores condições de trabalho (VILELA, 2002).

Em vários países, também na década de 70, intensificaram-se os questionamentos sobre o caráter iatrogênico do hospital psiquiátrico que exclui e mantém os doentes mentais confinados, submetendo-os a maus - tratos que os levam à perda da dignidade e da identidade (ROCHA, 2005).

Kantorsk e Siva (2001) consideram que a Reforma Psiquiátrica

implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto, re-compreender o sofrimento psíquico, e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade (p. 143).

Com a desconstrução de antigas concepções e saberes da doença mental, com o resgate da individualidade do ser humano e suas necessidades psíquicas, esse movimento se definiu como desinstitucionalização e determinou, assim, novas formas de cuidar/tratar da pessoa acometida por transtorno mental (LEITE, 2002).

Segundo Pitta (1994), esse movimento de desinstitucionalização tem sido aceito em vários e diferentes países. Todavia, a diferença que ocorre entre os

países é a distância entre a teoria e a prática de medidas transformadoras substitutivas ao aparato manicomial. A autora afirma, ainda, que, na América Latina, onde a garantia de direitos humanos é tênue, tem ocorrido intenção sempre distante das práticas de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, dessa forma, busca romper com o modelo tradicional de assistência à saúde, que tem como características a exclusão do sujeito da sociedade e períodos longos de internação em hospitais psiquiátricos, o que faz com que ocorram mudanças na assistência psiquiátrica (SANTOS, 2006).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mudanças vêm ocorrendo, tanto no campo do ensino, como na modificação de programas e, até mesmo, na prática, no campo da saúde mental (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Com a reestruturação da assistência psiquiátrica, surgem os novos equipamentos de saúde mental que, gradativamente, vêm substituindo os hospitais como única forma de tratamento (KIRCHBAUM, 2000).

Os serviços substitutivos operam em lógica não mais centrada no hospital psiquiátrico e nos modelos asilares de tratamento, em que há a segregação do doente mental, mas, sim, o cuidar com liberdade, que permite ao doente mental ser sujeito de sua própria história (COSTA, 2005).

No Brasil, a partir dos anos 80, com as mudanças no campo da assistência em saúde mental, “trouxe a necessidade de organizar os serviços, criar novas modalidades de atendimento terapêutico, reformular o modo de organização do trabalho nas equipes existentes nestes serviços” (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001, p. 78).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como discurso a superação de práticas de repressão e exclusão do modelo de atenção médico-psiquiátrica, para o cuidar/tratar voltados para a atenção psicossocial. Essa nova percepção, que vê o doente mental como ser humano e cidadão, por meio da valorização das influências biopsicossociais no processo de adoecer do mesmo, torna necessária a criação e a manutenção de ambiente terapêutico e relacionamento interpessoal terapêutico profissional-doente nos serviços extra-hospitalares (VILELA, 2002). Dessa forma, com a evolução da assistência prestada ao doente mental em novos serviços de saúde mental, o enfermeiro deve incorporar novas técnicas de trabalho, com o intuito de promover melhor qualidade de vida aos seus clientes.

Segundo Santos (2006), os serviços extra-hospitalares facilitam, mas não garantem a execução dessa superação, além de visarem a reconstrução dos direitos civis e de cidadania plena do doente mental. E, mais, constituem movimento por uma nova ética no tratamento de pessoas com transtorno mental (ROCHA, 2005).

Brêda (2006) comenta que o movimento de transformação da assistência em saúde mental, que ocorre no país, se revela como oportunidade única de rever e transformar as ações de saúde, de romper com práticas custodiais e burocráticas, de “reorientar as nossas atividades para a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa que vivencia o transtorno mental” (p. 31).

Segundo Rodrigues e Scóz (2003), a reforma deve começar no nosso próprio mundo, ou seja, na forma como vemos e percebemos a doença mental. Ouvir o outro, oferecer-lhe suporte diário e “criar terapias”, a partir da potencialidade de cada um, essencial para a derrubada de alguns tijolos que compõem os muros que obstaculizam o avanço da Reforma Psiquiátrica.

A transformação para um novo modelo de assistência passa pela desconstrução de manicômios presentes no interior de cada profissional da área da saúde mental. Pereira (2003a, p. 19) afirma que “repensar o que há anos considera-se ‘certo’ e quase imutável é, pois, uma tarefa que requer revisão de princípios e de concepções”.

Corbisier (1992) comenta que há grande desafio para todos os profissionais da saúde, no sentido de como lidar com a loucura. Pode-se

... internar alguém durante um tempo sem, no entanto, ‘internar’ o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatorios ou consultórios e ‘interná-las’ em relações autoritárias onde os terapeutas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam a fazer coisas não muito diferentes das atitudes nos piores manicômios (p. 10)

Santos (2006) relata que, com a reestruturação da assistência psiquiátrica, o profissional deve: estar junto à comunidade, resgatar e preservar os direitos de cidadania dos usuários, implementar projetos terapêuticos, direcionar um novo olhar e ter responsabilidade com a clientela, acolher os usuários, visando estabelecer vínculo.

Nesse sentido, de acordo com (BRASIL, 2004)

[...] surgem os serviços de saúde mental em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multidisciplinar [...] (p. 12).

Em 2001, foi aprovada a Lei nº10.216, que preconiza aspectos humanitários ao doente mental e assegura os seus direitos tais como: acesso a tratamento humanitário, respeitoso e em ambiente terapêutico, tratamento para sua manutenção ou reinserção em seu ambiente familiar, comunitário e laboral, proteção contra abuso

ou exploração e tratamento preponderante em serviços comunitários, prioridade na criação de recursos extra-hospitalares, tornando a internação o último recurso assistencial (BRASIL, 2004).

Segundo Santos (2006), a aprovação dessa legislação assegurou a estruturação de uma rede de atenção em saúde mental diversificada, que garantisse outros procedimentos, que não apenas a internação psiquiátrica.

Para a introdução de novos procedimentos em saúde mental e para dar continuidade aos preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, criou-se a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos e os integra à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os serviços disponíveis, a população conta com Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS; Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs (BRASIL, 2004).

2.2 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Centros de Atenção Psicossocial são estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, os quais têm a responsabilidade de cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves - egressos de internações psiquiátricas (PITTA, 1994).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - foi uma denominação, segundo Pitta (1994), da Manágua revolucionária em 1986. Nesse lugar, onde havia dificuldades materiais (economia de guerra), cuidava-se de pessoas com problemas psiquiátricos graves e desenvolvia-se criativa experiência na reabilitação de pessoas excluídas da sociedade, por meio de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas.

Em 2002, a Portaria nº336/GM classifica os CAPS em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II – infantil e CAPSad II (para dependentes de substâncias psicoativas). As três primeiras modalidades de serviços são definidas por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, além de cumprirem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária. Essas modalidades deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2002).

O CAPS I destina-se ao atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana. Sua equipe técnica mínima para atender 20 clientes por turno (limite máximo de 30 pacientes/dia) é composta por um médico com função em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (incluem psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), quatro profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2002).

O CAPS II atende municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana,

e pode comportar um terceiro que funcione até às 21 horas. Sua equipe técnica, para atender 30 clientes por turno (limite máximo de 45 pacientes/dia), exige um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio (BRASIL, 2004).

Entre os CAPS II, pode-se constituir o CAPSi, destinado ao atendimento à criança e ao adolescente, abrangendo população acima de 200 000 habitantes e CAPSad, para usuários de álcool e outras drogas, em áreas populacionais acima de 100 000 habitantes.

O CAPS III, por sua vez, é previsto para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se de serviço ambulatorial com atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana. A permanência do paciente no acolhimento noturno tem limite máximo de sete dias corridos ou dez dias intercalados, em um período de 30 dias. A equipe técnica para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 pacientes por turno (limite máximo de 60 pacientes por dia), é composta por dois médicos psiquiátricos, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio (BRASIL, 2004).

As atividades realizadas nos três níveis de CAPS incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação entre outros), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a integração do doente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004).

A Portaria nº336 (BRASIL, 2004) descreve as atribuições gerais dos serviços CAPS, em relação ao seu território de abrangência e sob a coordenação do gestor local, da seguinte maneira:

- responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental;
- desempenho do papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial;
- coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas;
- supervisão e capacitação das equipes da atenção básica, dos serviços e dos programas de saúde mental;
- cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais para a área de saúde mental.

Nesses locais busca-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com as quais ele possa se vincular, como em relação às atividades nas quais ele possa se engajar. O “Atendimento-dia” – nome dado ao processo que possibilita o comparecimento do paciente todos os dias da semana, se necessário - articula-se a outras características específicas como a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a constituição de equipe multiprofissional (TENÓRIO, 2002).

Os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devem ter um projeto terapêutico individualizado com o objetivo de “auxiliá-los a buscar autonomia suficiente para que possam resgatar suas potencialidades, a ponto de serem integrados à comunidade”. Esse apoio fornecerá capacidade a esses sujeitos para enfrentarem os afazeres da vida diária (SANTOS, 2006, p. 35).

Esse projeto terapêutico individual é um conjunto de atendimentos que respeita a particularidade de cada usuário e personaliza o atendimento de cada pessoa, durante a permanência diária no serviço, conforme as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2004). Assim, de acordo com o projeto terapêutico individual do paciente, o CAPS pode oferecer atendimento conforme a determinação da Portaria n 336 (BRASIL, 2002):

- **cuidado intensivo** - atendimento diário oferecido pela equipe, quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esses atendimentos poderão ser domiciliares, se necessário, podendo o cliente receber de 13 a 22 atendimentos no mês;

- **cuidado semi-intensivo** - atendimento de 4 a 12 vezes ao mês, para usuários que tenham o sofrimento e desestruturação psíquica diminuída e mostrem melhora nos seus relacionamentos. Ainda assim, a pessoa necessita de atenção direta da equipe para estruturar sua autonomia, podendo esse atendimento ser domiciliar, caso necessário;

- **cuidado não intensivo** - atendimentos de 1 a 3 vezes ao mês, oferecidos ao sujeito que não precisa de suporte contínuo da equipe, para realizar suas atividades na família e/ou no trabalho e para viver em sua comunidade/território. O atendimento poderá ser domiciliar, caso seu projeto terapêutico exija seu procedimento.

A clínica do CAPS não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar (TENÓRIO, 2002).

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular

sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca de autonomia, com o oferecimento de atendimento médico e psicológico. É um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, e realizar o acompanhamento clínico, a reinserção dos clientes e o fortalecimento dos laços sociais e comunitários.

Todo o trabalho do CAPS deve ser realizado em um “meio terapêutico”, ou seja, a convivência no serviço busca finalidade terapêutica, por meio de ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, que abranja várias modalidades terapêuticas. Então, o usuário não precisa ficar a maior parte de seu tempo dentro do CAPS; as atividades podem ser desempenhadas fora do serviço, como estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social, por meio da articulação com o CAPS (BRASIL, 2004).

Para Santos (2006), o CAPS é uma instituição de saúde cujo projeto terapêutico tem como meta auxiliar os pacientes com transtorno mental a obter em autonomia suficiente para a sua reintegração na comunidade.

Com esse apoio, estes sujeitos com sua singularidade, sua história e cultura deverão se mostrar capazes de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, isso porque a sua integração às atividades do projeto lhes possibilitará oportunidades de concretizar sua reabilitação psicossocial (p. 35).

2.3 - Reabilitação Psicossocial

Segundo Saraceno (1998), a Reabilitação Psicossocial é estratégia que promove relações e que possibilita ao paciente a recuperação de sua capacidade de gerar sentido, valor social e restabelecer sua contratualidade como cidadão, que poderá estar permeada nesses espaços dinâmicos e flexíveis.

Para Pitta (1996) a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que podem facilitar a vida das pessoas com problemas sérios e persistentes de saúde mental. A reabilitação é

[...] o processo de facilitar ao indivíduo, com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, educacional, ajustando às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado [...] (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES apud PITTA, 1996, p. 19)

A reabilitação é processo facilitador da vida de um indivíduo a partir do momento em que o auxilia em suas limitações e prioriza as partes sociais, objetivando o maior nível de autonomia possível para que a pessoa possa encaminhar sua vida (LEITE, 2002).

Saraceno (1996a) aponta que as variáveis, que estão relacionadas aos resultados da reabilitação, podem estar distribuídas em dois extremos: no micro e no macro. O contexto micro está relacionado ao vínculo estabelecido entre paciente-profissional e à afetividade. Já, a organização do serviço (se está aberto vinte quatro horas ou doze horas), a sua relação com a comunidade e a satisfação de sua clientela são fatores relacionados ao nível macro.

De acordo com o autor citado acima, o que determina se as técnicas, independentemente de quais forem, estão funcionando, ou não, são os aspectos micro e macro. A partir disso, conclui-se que as variáveis que influenciam na melhora ou piora dos pacientes não são as técnicas em si, mas sim, os programas, os serviços e os trabalhadores do serviço.

A Reabilitação Psicossocial não é tornar aqueles que são fracos em fortes. Segundo Saraceno (1996b)

(...) não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam viver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos (p. 151).

Bertolote (1996) entende que Reabilitação Psicossocial é processo de remoção de barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e ao exercício de seus direitos, da sua cidadania.

A reabilitação nos novos serviços de saúde mental, segundo Oliveira (2000), desvincula-se da concepção moral da disciplina do trabalho, da compulsão ao trabalho, do paradigma asilar, no qual o sujeito é excluído da sociedade e cristalizado em relações de dependência institucional. A autora salienta que as novas práticas devem ser desempenhadas em serviços “com contornos de verdadeiros laboratórios de vida” (p. 58), as quais compreendam o doente como sujeito com necessidades, capacidades, possibilidades, desejos e direitos, e que ele passe a se relacionar como cidadão que é.

A autora ainda afirma que a reabilitação é ato de amor e de solidariedade. É processo que capacita o sujeito a fazer trocas sociais e afetivas na sociedade, na família e no trabalho.

Dessa forma, e de acordo com Santos (2006), a reabilitação psicossocial pode e deve ter as características de unidades alternativas ao tratamento em saúde mental. Os que serviços, tipo CAPS, passam a ser representativos da Reabilitação Psicossocial quando possibilitam ao sujeito oportunidade de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, por meio de sua integração às atividades do projeto terapêutico, com a finalidade de estimular sua autonomia, resgatar suas potencialidades e inseri-lo, novamente, na comunidade.

Acredita-se, aqui, que, no CAPS, se deve buscar a construção de espaços de produção de encontro, afetividade, solidariedade, autonomia, enfim, espaços de

reabilitação psicossocial. Dessa forma, exige-se de todos os profissionais - no caso específico o enfermeiro – revisão de conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico.

De acordo com Amarante (1996), a pessoa que sofre transtorno mental deve ser tratada em

(...)serviços que consistam formas de cura e de assistência que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem uma mudança de cultura e de política mais social que sanitária (p. 11).

De acordo com Costa (2005, p. 20), o espaço assistencial destinado ao doente mental tem que ser um “espaço de criação, ‘invenção’, troca e construção de saber conjunto”, além de haver trabalho menos parcelado e interdisciplinaridade, para que o usuário possa ser visto em sua totalidade e ter novas práticas de cuidado.

Bichaff (2006) argumenta que os CAPS, como dispositivos de atenção à saúde mental, têm papel importante na Reforma Psiquiátrica. Isso ocorre porque esse tipo de serviço se caracteriza como serviço de atenção diária e, assim, pode criar condições para evitar internações em hospitais psiquiátricos. E, mais, os CAPS devem preservar o fortalecimento dos laços sociais dos usuários na família e na comunidade, com vistas à autonomia e à cidadania do usuário.

Aranha e Silva (2003) citam que o trabalhador de saúde mental de nível superior, no campo psicossocial

Não pode competir, mas compor; não deve rivalizar, mas solidarizar; não vai controlar, mas acolher; não deve promover a submissão, mas a cooperação; não deve se submeter ou estabelecer hierarquia, mas reflexão e colaboração na produção de produto de saúde (p. 6).

Para Leite (2002, p. 33), a assistência de enfermagem não deve ficar restrita apenas à “responsabilidade técnica diante do paciente”, mas deve, também, abranger “postura ética e solidária com a pessoa que requer ajuda”.

A substituição do aparato manicomial, entretanto, por serviços comunitários de saúde mental, preconizados pela Reforma Psiquiátrica, não representa automaticamente mudança na ação dos trabalhadores da área da saúde à população (ARANHA e SILVA, 2003).

Vilela (2002) explica que os serviços abertos de saúde mental estão em processo de construção e os profissionais que ali trabalham estão procurando encontrar novas formas de atuar e de lidar com o desconhecido. Essas mudanças na forma de perceber a doença mental e assistir o portador de transtorno mental exigem dos profissionais novas formas de atuar para que o serviço alternativo não tenha características compatíveis com o modelo manicomial.

Santos (2006) relata que a criação de novos aparatos de assistência ao doente mental não modifica a forma de compreender a psiquiatria e assistir o doente mental. Muitas vezes, isso ocorre devido ao desconhecimento dos profissionais ou pela própria filosofia do serviço, que faz com que os seus trabalhadores desenvolvam “práticas antigas com novas roupagens” (p. 31).

Rodrigues e Schneider (1999) apontam que a mudança no discurso nem sempre acompanha alterações na atividade concreta. Portanto, todo enfermeiro precisa estar disposto a se lançar a novas possibilidades de construção de uma prática (FRAGA; SOUZA; SANTOS, 2000).

Silveira (1999) comenta que:

Mudar os muros físicos do manicômio não é suficiente se este ato não vier acompanhado de uma mudança no nosso modo de perceber e conseqüentemente de agir perante a loucura (p. 4).

Oliveira e Alessi (2003) afirmam que o enfermeiro é agente de mudança em potencial. No entanto, para essas autoras, essa potencialidade

estará diretamente relacionada ao grau de consciência desses trabalhadores. Quanto mais consciente de sua condição pessoal e social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas com transtornos mentais (p. 339).

Kirchbaum (2000) declara que, apesar das mudanças, na maioria das instituições psiquiátricas brasileiras, o trabalho desenvolvido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem ainda apresenta características compatíveis com aquelas que os definiam no modelo de assistência manicomial e, que, segundo Bertoncetto (1997), os trabalhadores da área de enfermagem em saúde mental têm tido dificuldades para romper com o modelo tradicional de assistência aos pacientes com transtornos mentais. Assim, é indispensável refletir criticamente sobre a prática da enfermagem, sobretudo em espaços de reinserção e reabilitação, como no CAPS.

Nesses novos serviços de saúde mental, o profissional deve acolher e compreender os pacientes, ter afetividade, solidariedade e ética. Enfim, é necessário promover um espaço que reabilite verdadeiramente o indivíduo, que o faça sentir-se útil e prestativo, ou seja, que ele possa viver com dignidade.

Quanto à atuação do profissional enfermeiro, espera-se que ele assista o doente mental de forma distinta daquela que vinha assistindo – deve-se passar de vigilante e repressor para agente terapêutico, preocupado com a promoção e qualidade de vida do paciente. Além disso, o enfermeiro precisa proporcionar ações individualizadas e possibilitar a participação do doente mental em seu processo de tratamento, estimulando o seu autocuidado, aumentando sua auto-estima e sua reinserção em grupos sociais e comunitários.

Segundo Esperidião e Pereira (2000), é importante focar não mais a doença, mas o doente e não mais as transformações técnicas da assistência (decorrentes do avanço tecnológico, naturalmente valioso, porém, insuficiente), mas as atitudes profissionais adequadas para o enfrentamento da atual realidade.

2.4 - A prática do enfermeiro nos serviços de saúde mental

Ao revisar a literatura, constata-se que há carência de estudos sobre o trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde mental extra-hospitalares. Todavia, pode-se constatar a existência de estudos que buscam refletir sobre o trabalho desse profissional nos serviços de saúde mental em geral, nos últimos anos.

Souza (2003), por meio de pesquisa com enfermeiros, observou e descreveu as ações dos mesmos em uma instituição psiquiátrica estatal em Ribeirão Preto, SP. No estudo, obteve, como resultado, que as ações administrativas e burocráticas demandam grande parte do tempo dos profissionais investigados. A autora afirmou que o enfermeiro ocupa-se de atividades como descrever o plantão em livro de ocorrências, serviços de rouparia, serviços gerais para providenciar desentupimento de vaso sanitário, pedido de material entre outras coisas. O essencial para as ações de cuidado de enfermagem não ocorre como definir um plano terapêutico para cada paciente e orientar os auxiliares de enfermagem na interação com os mesmos.

O estudo de Filizola (1990), que investigou o papel do enfermeiro psiquiátrico na assistência aos portadores de transtorno mental, internados em um hospital público e em um hospital privado, revelou que os sujeitos do estudo, ao refletirem sobre sua prática, reconheceram que o seu papel na prática é o de submissão ao médico, autoritarismo sobre a equipe de enfermagem e cuidado indireto ao paciente. O estudo

mostra que os enfermeiros dessa pesquisa idealizam o seu papel como sendo terapêutico, pontuando, assim, contradição entre a prática do enfermeiro e o seu discurso.

Saeki (1994), ao investigar a atuação do enfermeiro em um Hospital Psiquiátrico em Ribeirão Preto, verificou que, apesar das reformas estruturais (físicas e organizacionais) sofridas no hospital, as quais visavam assistência mais humana aos pacientes, o referido serviço continua oferecendo tratamento centrado no uso de psicofármacos. O trabalho da enfermagem volta-se essencialmente para atividades burocrático-administrativas, incluindo o controle de medicação, dos funcionários e das rotinas. Por estarem sobrecarregados com tarefas burocráticas, tornam-se insatisfeitos, pois gerenciam crises para superar deficiências de infra-estrutura e, com isso, o relacionamento interpessoal terapêutico com o paciente fica em segundo plano.

Bertoncelo (1997), ao investigar a prática das enfermeiras em um ambulatório de saúde mental em Botucatu, SP, descreveu que as suas atividades estavam relacionadas à organização do trabalho como um todo, para que os atendimentos dos demais profissionais ocorressem sem prejuízos, “como se sua função fosse a de zelar pelo perfeito funcionamento do serviço” (p. 73). Ou seja, as atividades das enfermeiras mostraram ser de auxiliar a prática dos demais profissionais da equipe, por meio da “supervisão da equipe de enfermagem e recepção, providências a respeito de ‘infra-estrutura’ para os demais atendimentos” (p. 92).

A autora explana que os outros profissionais da equipe se ocupavam da realização das atividades de caráter terapêutico e que lhes conferia maior importância no serviço, ao passo que as enfermeiras se diferenciavam desses profissionais, pois suas atividades tinham caráter administrativo. Ela salienta, ainda, que havia falta de preparo das enfermeiras para o desempenho das funções terapêuticas.

A pesquisa de Luis (1998) mostra as atividades que a enfermagem desenvolvia nos ambulatórios da região de Ribeirão Preto e constatou que as tarefas realizadas poderiam ser divididas em quatro modalidades: procedimentos de enfermagem, atividades de orientação, vínculo com a comunidade e atividades administrativas.

Essa mesma autora percebeu que as atividades executadas pela enfermagem estavam muito centradas na medicação, seja em relação ao controle (pelas enfermeiras) ou ao preparo e administração (pelos auxiliares). Ela afirmou que as enfermeiras pouco mencionaram sobre sua participação em atividades de ressocialização e se limitavam a orientar familiares e solicitar a sua colaboração no tratamento do doente. Portanto, os ambulatórios da região estavam enfatizando o tratamento medicamentoso como procedimento terapêutico e a enfermagem “participava ativamente da tarefa de controlar, preparar, administrar os medicamentos e orientar quanto ao uso e manutenção dos mesmos” (p. 87) – não havia substancialmente atividades inovadoras no processo de cuidar.

Contudo, Peduzzi (1988), que estudou a atuação do enfermeiro psiquiátrico no atendimento ambulatorial pós-alta, de um hospital de semi-internação em uma cidade do interior de São Paulo, ressalta que o profissional enfermeiro assumia a responsabilidade pela manutenção da infra-estrutura, ou seja, garantia à estrutura básica de organização do serviço e realizava também, com maior frequência, os atendimentos de pacientes que compareciam fora do dia agendado ou, até mesmo, atendimentos esporádicos.

Essa pesquisadora descreveu como atividades realizadas por esses enfermeiros, na visita domiciliar, o atendimento direto ao paciente por meio da entrevista individual e/ou familiar, cuidados gerais de saúde, ações básicas de

enfermagem (sinais vitais, administração de medicamentos entre outros), supervisão dos enfermeiros estagiários, funções administrativas (organização do serviço) e atividades burocráticas (marcar consultas, por exemplo). A pesquisa evidenciou que é possível ao enfermeiro administrar e prestar assistência direta ao paciente.

Colvero (1994), ao analisar o significado do “ser enfermeira” em ambulatórios de saúde mental do Estado de São Paulo, aponta que, para as enfermeiras, a definição do seu papel em ambulatório de saúde mental está relacionada à incerteza quanto à sua atuação, ao despreparo para a prática durante a graduação, à insatisfação diante da profissão, à desvalorização da profissão entre outras. A autora argumenta que o sentimento de desestímulo e isolamento que o enfermeiro possui causa a ele falta de parâmetros para as suas funções na área da psiquiatria.

O trabalho de Fraga (1992) visou apreender, entre outras coisas, as características da prática de enfermagem psiquiátrica e as atividades e funções desempenhadas por seus diversos agentes em hospitais públicos, filantrópicos e privados, além dos serviços ambulatoriais do Ceará. O referido estudo mostra que a enfermeira ocupa-se de atividades burocrático-administrativas (controle de medicação, de rotina e do pessoal auxiliar de enfermagem). A autora destaca que a enfermeira que trabalha nesses locais não tem autonomia técnica ou administrativa porque obedece determinações de instâncias superiores na hierarquia institucional.

Silveira e Alves (2003) investigaram a atuação do enfermeiro em uma equipe de saúde do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMS)¹ de Belo Horizonte, MG. Em suas considerações finais, as pesquisadoras concluíram que o enfermeiro, inserido nas equipes interdisciplinares, participava das atividades definidas pela equipe de saúde mental, interferia e conduzia o processo de

¹ CERSAMS: representa um dispositivo para fazer frente à proposta de Reforma Psiquiátrica. Ainda assume lugar estratégico contra o modelo hospitalocêntrico e inaugura espaço de interlocução com a loucura, reinventando o trabalho clínico (SILVEIRA; ALVES, 2003)

atendimento dos portadores de transtornos psiquiátricos, como qualquer outro técnico de saúde mental. Além disso, orientava a equipe de enfermagem e atendia às especificidades da profissão.

A pesquisa de Costa (2005), que analisou a configuração do saber da enfermeira em três Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM)¹ da rede pública de Belo Horizonte, MG, mostra que há descompasso entre a formação acadêmica da enfermeira e a sua atuação no serviço substitutivo, no caso, o CERSAM. Isso faz com que a mesma se sinta despreparada para atuar no referido serviço. A autora atribui esse “descompasso” à fragmentação de saberes e práticas na universidade, sendo reproduzido na formação do enfermeiro. Esse, por sua vez, não consegue assistir o doente mental de forma adequada, por não alcançar a complexidade requerida ao mesmo.

Fraga; Souza; Santos (2000) pesquisaram a atuação da enfermagem em um CAPS (Fortaleza, CE) e verificaram que as enfermeiras que atuavam no serviço estavam inseridas em uma proposta terapêutica, não asilar, com respeito às diferenças e com conjugação de esforços para maximizar intervenções e construir novas práticas de ajuda à pessoa em sofrimento psíquico. Nesse serviço, a enfermagem direcionava suas atividades de forma diferenciada no tratamento dos doentes mentais, implicando em atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, promovendo ações voltadas às individualidades do sujeito e à participação desse em seu processo de tratamento, estimulando o autocuidado e a reinserção em grupos sociais e comunitários, além de executar atividades grupais coordenadas pela própria enfermagem, tais como grupo de queixas difusas, grupo de acompanhamento ao uso de psicofármaco, grupo de sala de espera entre outros.

O estudo de Oliveira et al. (2000), que teve como propósito compreender a prática cotidiana da enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, da cidade de São Paulo, evidenciou que era construído um papel profissional modelado em prática cotidiana criativa e compartilhada, a qual rompia com as tradicionais formas iminentemente psiquiátricas: vigiar/controlar/punir.

De acordo com essas autoras, a enfermeira preocupava-se com a construção de um projeto terapêutico compartilhado, na ação compartilhada com outras práticas sociais e no vínculo com o paciente.

Brêda (2006), ao investigar os sentidos produzidos por usuários de um CAPS em Maceió, AL e ao pesquisar, também, os sentidos produzidos por profissionais de saúde acerca da assistência prestada e recebida nos hospitais psiquiátricos e em serviço substitutivo verificou que os profissionais entrevistados defendem a manutenção do hospital psiquiátrico e o encaminhamento de usuários para internação. Para muitos desses profissionais, o hospital psiquiátrico é o lugar adequado para a atenção à pessoa em crise, o que não ocorre na realidade, de acordo com os usuários entrevistados, pois as experiências negativas são profundamente sentidas.

O CAPS, para a maioria desses profissionais, é uma nova e criativa experiência, que se traduz em processo incipiente, porém, em construção para nova prática em saúde mental.

Oliveira (1999) se propôs a refletir sobre o processo de construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Ceará e a compreender a prática da enfermeira nesses serviços, constatou que os CAPS não eram homogêneos, apresentavam peculiaridades relacionadas às condições histórica, cultural, econômica e política de cada município, bem como relatou que as

enfermeiras que trabalhavam nesses serviços assumiam responsabilidades relevantes em seu trabalho ao criar espaços de vida e de trocas. A enfermeira participava de visitas domiciliares, atividades grupais, grupos de estudos, reuniões de estudo, reuniões de equipe, passeio com os pacientes e estabelecia acolhimento, escuta e vínculos afetivos com eles.

O trabalho de Vilela (2002), no entanto, que buscou identificar como o enfermeiro estava atuando nos serviços abertos de saúde mental das regiões do sul e sudoeste de Minas Gerais (dois NAPS e dois ambulatórios), concluiu que os enfermeiros estavam atuando com abordagem individual e que a assistência deles recaía basicamente sobre os cuidados gerais, medicamentosos e visitas domiciliares, ou seja, de assistência técnica. Todavia, atividades específicas como “atendimento grupal, relação de ajuda para o enfrentamento da crise, relacionamento interpessoal e comunicação” não foram evidenciadas com clareza (p. 137).

Aguiar (1995) realizou pesquisa visando contribuir para a reflexão acerca da prática e do papel da enfermeira no processo de transformação institucional em saúde mental de Santos, SP, operacionalizada na Casa de Saúde Anchieta e nos Núcleos de Atenção Psicossocial. A autora verificou que as enfermeiras da Casa de Saúde Anchieta realizavam multiplicidade de ações que envolviam a participação na equipe, a supervisão de enfermagem, a integração nas atividades da instituição e não lhes restava tempo livre para atuar com os pacientes.

Ao descrever as atividades realizadas pelas enfermeiras no NAPS, contudo, apareceu realidade diferente daquelas efetuadas nas instituições hospitalares de saúde mental, ao afirmar que, no NAPS, as enfermeiras centravam-se nos atendimentos aos pacientes por meio de sua inserção em grupos e atividades individuais e na supervisão de auxiliar de enfermagem.

Conforme Aguiar (1995), o ser enfermeiro era constantemente reinventado, ou seja, o seu papel era construído/desconstruído, em especial, no movimento de transformação institucional em saúde mental de Santos.

Kirschbaum e Paula (2001), em estudo sobre o trabalho do enfermeiro em uma unidade de internação no Hospital Geral e em um Hospital-dia da rede pública de Campinas, SP, constataram que esse profissional assumia distintos papéis, conforme a organização do processo de trabalho da equipe, seja ela multidisciplinar ou interdisciplinar.

No Hospital-dia, as relações de trabalho eram mais horizontalizadas, com equipe que se relacionava de modo interdisciplinar, somando saberes. Segundo as autoras, a enfermagem era mais autônoma, já que se apropria das características dos demais profissionais, diferentemente do que ocorria na unidade de internação. E a Reabilitação Psicossocial era o modelo que norteava as ações dos enfermeiros, não o Modelo Clínico, como na unidade de internação.

Os estudos sobre o processo de trabalho dos enfermeiros em saúde mental demonstram que, apesar dos discursos dos enfermeiros estarem direcionados para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, o paradigma predominante nas suas ações é o modelo organicista. Ou seja, os estudos descritos anteriormente evidenciam que os enfermeiros estão realizando predominantemente atividades burocrático-administrativas e prestando cuidado indireto ao pacientes. Além disso, os dados mostram que a assistência realizada pelos enfermeiros em instituições psiquiátricas continua subordinada ao saber médico.

Em alguns dos estudos mencionados anteriormente, cujos autores investigaram a atuação do enfermeiro nos novos serviços de saúde mental,

constatou-se que nem sempre o enfermeiro inovou o seu processo de cuidar. As pesquisas verificadas acima demonstraram vários fatores para tal situação.

Luis (1998) afirmou que mudança no papel de controle e vigilância pela enfermagem ocorrerá quando houver mudança na organização administrativa dos serviços de saúde, “com formas de gerenciamento do trabalho menos hierarquizadas, menos rígidas e mais participativas” (p. 87), com a preocupação de somar habilidades para fomentar a cooperação no tratamento ao paciente. Uma vez que a organização (atividades burocrático-administrativas) e a eficiência tornam-se mais importantes do que o cuidado, e os enfermeiros acabam por se afastar da relação com o paciente (AGUIAR, 1995; PEDUZZI, 1988).

Oliveira e Alessi (2003, p. 338) comentam que há mudança no discurso dos enfermeiros no contexto da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, se reconhece “uma nova conformação teórica de objeto: não mais o ‘doente mental’ internado que deve ser contido e controlado, mas o ‘portador de transtornos mentais’ que merece ser atendido nas suas necessidades psicossociais”. No entanto, o trabalho da enfermagem psiquiátrica volta-se para a concepção organicista de objeto, ao invés de incorporar aspectos psicossociais como preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Várias pesquisas têm sido desenvolvidas apontando importantes transformações dos enfermeiros em saúde mental, porém, embora existam experiências bem-sucedidas de transformação da assistência psiquiátrica, muitos estudos, envolvendo a atuação do enfermeiro em serviços extra-hospitalares, evidenciam que o mesmo é visto como limitado, restrito às características e às exigências da instituição, o que acaba por oferecer assistência semelhante àquela realizada nos hospitais psiquiátricos. Portanto, as observações realizadas e a bibliografia consultada indicam que existe distanciamento entre o que é proposto pela

política de saúde mental, em especial para os CAPS, e a realidade da atenção que vem ocorrendo nesses serviços.

Para Bertoncello (1997), também há outros empecilhos que pioram as condições para assistência qualificada em saúde mental como, por exemplo: a falta de investimento do serviço na capacitação e supervisão dos recursos humanos, a falta de recursos materiais, a falta de um coordenador direto e exclusivo nos serviços de saúde mental como forma de organizar o trabalho de maneira adequada, demanda maior de usuários que a capacidade de atendimento do serviço, recursos humanos insuficientes e espaço físico inadequado.

Segundo Vilela (2002), deve-se considerar, também, a ausência de apoio da Secretaria de Saúde de municípios para os serviços de saúde mental, o que leva à deterioração do tratamento ao usuário.

As alterações de papéis profissionais que vêm sendo desempenhados de longa data “dentro de um padrão tradicional impositivo ou repressor” (p. 88) são muito difíceis, pois pressupõem rupturas que nem sempre as pessoas estão em condições de enfrentar, obrigatoriamente, por mudanças na organização dos serviços (LUIS, 1998).

Vilela (2002) afirma que a disponibilidade dos técnicos ao criar novos mecanismos assistenciais, modificar posturas e atitudes, ultrapassar a concepção biológica e excludente gera incertezas, visto que eles estão imersos numa área a ser construída, com o novo e o desconhecido. Contudo, a autora ressalta que isso é um desafio aos protagonistas dos Serviços Abertos de Saúde Mental.

A dificuldade de relacionamento entre os membros da equipe e os diferentes interesses e posturas dos profissionais são outros fatores que podem prejudicar no bom desempenho do trabalho, segundo Peduzzi (1988) e Bertoncello (1997).

Oliveira et al. (2000) apontam que um serviço de saúde mental flexível demanda mais competência da equipe do que o modelo tradicional - o de medicalização da loucura – no qual os papéis estão codificados. Nos serviços abertos de saúde mental, o lidar cotidiano com situações novas e contraditórias coloca a necessidade de modelos plurais de assistência à saúde. Assim, os profissionais que ali atuam, incluindo os enfermeiros, devem estar dispostos a criar novos papéis de atuação.

Fraga, Souza; Santos (2000) ressaltam dois desafios para os profissionais de saúde mental: construção cotidiana do trabalho coletivo e assistência interdisciplinar à pessoa em sofrimento psíquico. Nesse âmbito, há dificuldades diversas, como “a necessidade de recompor saberes dispersos, características pessoais de diversos profissionais” (p. 189), defeitos vindos de formação que privilegia apenas o biológico e o desconhecimento acerca do saber e outros profissionais.

Essas são algumas das justificativas que os autores citados acima pontuaram em seus trabalhos para a não adequada atuação do enfermeiro nos serviços de saúde mental. Dessa forma, conclui-se, aqui, que é necessário o estudo de outras pesquisas sobre a assistência da equipe de enfermagem, em especial, nos novos serviços de saúde mental.

Pelo que foi exposto, o que se aponta é que o enfermeiro psiquiátrico tem longa trajetória na assistência psiquiátrica. Essa trajetória é marcada pela “relação de subordinação ao saber do médico, por um papel controlado e coadjuvante na assistência e por indefinição de seu papel e acaba produzindo isso no contexto da Reforma Psiquiátrica” (COSTA, 2005, p. 26). Contudo, há também, nesse contexto, reorientação da assistência dos enfermeiros psiquiátricos, que exercem papel inovador e criativo nos serviços substitutivos de saúde mental.

Para Brêda (2006), não basta desospitalizar, ampliar a rede de serviços extra-hospitalares, ou diminuir o tempo médio de internação, se não for superada a prática de saúde mental ancorada no paradigma biomédico que se traduz no paradigma manicomial.

Segundo Rotelli (1990), o processo de cuidar em psiquiatria, ocorre quando a equipe de saúde mental substitui a cura da doença mental por acompanhar o dia-a-dia do paciente, proporcionando ao mesmo, experiências mais gratificantes e possibilidades de transformar a sua vida cotidiana.

Com isso, vê-se que o cuidado oferecido pelo enfermeiro psiquiátrico, para alcançar todos os objetivos de sua assistência, deve envolver interação com o paciente, para que o cuidado possa assumir dimensão humana com respeito mútuo.

Nesse momento em que se fala de substituição do ambiente hospitalar, acredita-se que a área de enfermagem encontra-se em período de crise e de incertezas, visto que as experiências são novas e estão acontecendo num contexto de mudanças (VILELA, 2002).

Há também, nesse momento, a importância de resgatar o papel terapêutico da enfermagem com o paciente psiquiátrico, construindo assistência baseada no relacionamento interpessoal com o usuário, por meio da solidariedade (LEITE, 2002).

Especialmente no Brasil, espera-se que seja construída uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, voltando-se mais para o indivíduo portador de algum sofrimento psíquico e para a procura de posicionamentos profissionais adequados ao enfrentamento da atual realidade (ESPERIDIÃO, 2001).

Nesse sentido, com relação à mudança do tratamento ao doente mental em serviços extra-hospitalares e à forma de perceber a loucura e tratar o louco, torna-se imprescindível o conhecimento acerca da atuação do enfermeiro nesses novos

serviços, pois tais mudanças exigem dele novas posturas e funções para que o serviço apresente características compatíveis com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Oliveira e Alessi (2003) consideram que o momento atual do trabalho da enfermagem psiquiátrica é caracterizado pela transição entre prática hospitalar, cujo cuidado era a contenção e a disciplina do comportamento dos doentes mentais e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, em que o cuidado é a prática interdisciplinar. As autoras afirmam ser “período crítico para a profissão e favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área” (p. 37).

3 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral:

***Investigar a atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial.**

E, como objetivos específicos -

***Descrever as atividades realizadas pelo enfermeiro nos CAPS I, II e III.**

***Identificar as facilidades e os limites encontrados pelo enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades nesse tipo de serviço.**

4 METODOLOGIA

4.1 - Tipo de estudo

A presente investigação buscou identificar as atividades desenvolvidas por enfermeiros que trabalhavam em Centros de Atenção Psicossocial, bem como as facilidades e dificuldades encontradas pelos mesmos para o desenvolvimento de suas atividades.

Este estudo é de natureza descritivo – exploratório, com abordagem qualitativa dos dados, devido às características do objeto de estudo e do objetivo proposto. Minayo (2000) refere que as abordagens qualitativas são

[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas [...] (p. 10).

A metodologia da pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes às relações, aos atos e às estruturas sociais (MINAYO, 2000).

A fase exploratória define de forma mais definida o objeto de estudo, especifica as questões, estabelece os contatos de início para a entrada no campo, localiza informantes e as fontes de dados necessárias para a pesquisa. A fase exploratória tenta captar a realidade de modo mais fidedigno, uma vez que o objetivo da pesquisa é retratar uma unidade em ação (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Triviños (1990), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aprofundar sua experiência em torno do problema estudado. O investigador possui determinada hipótese e aprofunda sua pesquisa nos limites de uma realidade singular, e busca antecedentes e maiores conhecimentos. E, algumas vezes, delimita

ou maneja “com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo para os objetos da pesquisa que tem em mente realizar” (p. 109).

Os “estudos descritivos objetivam descrevem ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 1990, p. 110).

De acordo com Gil (1996)

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis (p. 46).

4.2 - Local do estudo

A princípio, os sujeitos da pesquisa eram constituídos pela equipe de enfermagem de um CAPS II. Entretanto, em função da desistência de um dos sujeitos e conforme sugestão da banca no Exame de Qualificação, decidiu-se que os participantes seriam os enfermeiros que atuam em CAPS. Por meio da Direção Regional de Saúde (DRS), cuja administração é realizada pela Secretaria de Estado da Saúde, contatou-se que Ribeirão Preto pertence à DRS XIII, composta por 25 municípios (Altinópolis, Barrinha, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho e Taquaral) os quais não tinham serviços de saúde mental na modalidade CAPS, exceto a cidade de Ribeirão Preto. Portanto, houve a necessidade de identificar os serviços tipo CAPS I, II e III que tinham o profissional enfermeiro em cidades próximas a Ribeirão Preto, SP.

Assim, além do CAPS de Ribeirão Preto, fizeram parte da investigação os serviços das cidades de São Carlos, Matão, Pirassununga, Casa Branca e Santa Rita do Passa Quatro. Nos CAPS das cidades de Araraquara e Taquaritinga não tinham enfermeiros nos respectivos serviços no momento da investigação.

4.3 - A população do estudo e Entrada no Campo

Os sujeitos da pesquisa foram as enfermeiras locadas nos Centros de Atenção Psicossocial das cidades de Ribeirão Preto, São Carlos, Matão, Pirassununga, Casa Branca e Santa Rita do Passa Quatro, perfazendo o total de onze enfermeiras colaboradoras deste estudo. Desse total, uma enfermeira trabalhava em CAPS I, quatro em CAPS II e seis em CAPS III.

Após essa fase, estabeleceu-se contato, por telefone, com a coordenação geral de cada serviço, com o intuito de apresentar-lhes a proposta do estudo e, por consequência, o consentimento da pesquisa. Nessa ocasião, foram esclarecidos sobre o projeto de pesquisa, os objetivos, a metodologia proposta, a condição de sigilo, bem como a realização da pesquisa após a permissão das enfermeiras por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Tendo o aceite da instituição, na figura de seu coordenador, as enfermeiras também foram contatadas e não se opuseram a participar. Assim, foi oferecida uma cópia do projeto a algumas enfermeiras, pois essas preferiram analisá-lo antes do aceite definitivo. O restante das enfermeiras aceitou imediatamente participar da investigação, eliminando a necessidade de envio do projeto.

Logo após a permissão das mesmas, para a realização da investigação, reencaminhou-se o projeto de pesquisa, o termo de consentimento e o roteiro da

entrevista (Apêndice B) para ser apreciado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cuja aprovação ocorreu na reunião ordinária do dia 18 de abril de 2007, sob o número do protocolo 0653/2006 (Anexo A). O projeto teve de ser reenviado ao Comitê de Ética, pois houve mudança no objetivo, nos sujeitos e nos locais da pesquisa.

Realizou-se o total de onze entrevistas, as quais foram agendadas de acordo com a disponibilidade das enfermeiras em seu local de trabalho.

4.4 - Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada a partir da entrevista semi-estruturada. Compreendeu o período de maio de 2006 a junho de 2007. Uma entrevista-piloto foi realizada a fim de avaliar a pertinência e adequação das questões aos objetivos da pesquisa, o que possibilitou estabelecer um roteiro para a mesma (Apêndice B).

De acordo com Minayo (2000), o roteiro para a entrevista objetiva apreender o ponto de vista dos sujeitos pesquisados previstos nos objetivos da pesquisa. O roteiro é instrumento que orienta uma conversa com finalidade, e deve ser facilitador de abertura e aprofundamento da comunicação. Dele constam alguns itens imprescindíveis para delinear o objeto da pesquisa.

Minayo (2000) entende por entrevista semi-estruturada aquela que parte de certos questionamentos apoiados na teoria que interessa à pesquisa. Dessa forma, o pesquisado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador.

Para Trivínos (1990), a entrevista semi-estruturada, não apenas valoriza a presença do investigador como também “oferece todas as perspectivas possíveis

para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p. 146). O autor afirma que a mesma parte de certos questionamentos básicos, de acordo com teorias e hipóteses e que oferecem questionamentos, resultantes de novas hipóteses que surgem à medida que recebem as respostas do pesquisado.

Cruz Neto (2002) refere que a entrevista, enquanto instrumento de coleta de dados, necessita ser realizada por meio de critérios, pois

não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p. 57)

Aos sujeitos do estudo, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), e, na ocasião, foram novamente informados sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos, os riscos, o desconforto, os benefícios e sobre a garantia de anonimato e o direito de desistirem quando e se assim o desejarem.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, livre de interferência, com duração de aproximadamente 30 minutos cada, com data e horário pré-estabelecidos, com o total de onze depoimentos.

A entrevista semi-estruturada é

Aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

Os discursos foram gravados em fita cassete, com o consentimento das entrevistadas. A gravação permitiu que os discursos fossem transcritos com maior fidedignidade.

Triviños (1990) recomenda a gravação da entrevista uma vez que essa técnica permite contar com todo o material fornecido pelo depoente.

No início das entrevistas, algumas enfermeiras pareciam incomodadas ao responderem à entrevista. Contudo, com o decorrer da mesma, os pesquisados passaram a se sentir mais à vontade. Ao término da entrevista, houve o compromisso da pesquisadora de enviar uma cópia do trabalho com os resultados.

4.5 - Análise dos dados

Para a análise dos dados, a partir da transcrição das fitas, utilizou-se a análise temática que, segundo Minayo (2000, p. 209), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Na análise temática, houve embasamento três fases propostas por Minayo (2000):

- 1) ordenação dos dados - reunir todo o material, ou seja, organizar os dados;
- 2) classificação dos dados - leituras exaustivas do conteúdo transcrito das entrevistas; apreender as idéias centrais e estabelecer as categorias empíricas do estudo;
- 3) análise final - articular o material teórico e o empírico da pesquisa, orientada pelos objetivos da investigação. Os resultados são discutidos à luz do conhecimento produzido na área.

A pré-análise iniciou-se imediatamente ao término das entrevistas com a transcrição das mesmas. Essa envolveu previamente escuta total das fitas, para depois transcrevê-las na íntegra, criando-se, assim, um banco de dados.

Após tal organização do material, houve leituras verticais e horizontais de forma exaustiva, definindo-se as unidades de registro e trechos significativos.

Na etapa posterior, fez-se a descrição analítica. O estudo foi orientado pelos referenciais teóricos, tendo como procedimentos básicos a codificação, a classificação e a categorização dos dados.

Desse modo, emergiram os seguintes temas:

- atuação da enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial;
- facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao atuarem nos CAPS I, II e III.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1- Enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial

O serviço tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) corresponde a um Serviço Aberto de Saúde Mental, que emergiu no Brasil a partir da década de 80, com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (VILELA, 2002). Portanto, a prática dos enfermeiros nesse tipo de serviço é relativamente nova, sendo necessário estudá-la em emergentes modalidades assistenciais, como o CAPS, a fim de identificar a atuação dos enfermeiros e as dificuldades e facilidades encontradas por eles para a realização de seu trabalho.

5.1.1- Caracterização dos sujeitos

A totalidade dos sujeitos desta pesquisa foi de 11 enfermeiras, com idade variando de 25 a 52 anos (média de 35,2 anos), o que mostra força de trabalho relativamente jovem e atividade associada ao sexo feminino.

No que se refere à formação, dez (90,9%) das enfermeiras graduaram-se no interior do Estado de São Paulo. A maioria delas, (6 - 54,5%) cursaram universidades públicas e as demais instituições privadas.

Quanto ao tempo de trabalho desses profissionais nos CAPS, variou de três meses a sete anos (média de três anos e sete meses), o que remete à confirmação de prática emergente, tal como os próprios serviços.

Do total das enfermeiras, cinco (45,5%) trabalhavam em outros serviços, além da área de saúde mental. Ademais, seis enfermeiras (54,5%), não tinham jornada dupla de trabalho.

Silva (2001) relata que a grave situação socioeconômica dos países da América Latina faz com que os trabalhadores procurem dois ou até mais empregos, sendo motivados por várias causas, dentre elas o arrocho salarial e o aumento do custo de vida decorrentes da ideologia de ascensão social.

A inserção dessas enfermeiras na área de saúde mental ocorreu quase que predominantemente (10 - 90,9%), por meio de concurso público. Esses concursos foram destinados à rede assistencial do município, não foram específicos para a área de saúde mental. Entretanto, cinco (45,5%) das enfermeiras optaram por trabalhar na área.

Vieira (1994) ressalta a importância de se considerar as afinidades e competências de cada indivíduo para a realização de um recrutamento e uma seleção pessoal. Porém, neste estudo, seis (54,5%) das entrevistadas foram designadas por necessidade da rede de saúde do município e não pela vontade própria ou aptidão na área.

O estímulo à criação e inovação no trabalho, promovendo progresso profissional e melhoria da qualidade da assistência prestada e, assim, motivação e desempenho, dar-se-á por meio da escolha própria que o profissional tem a respeito do local onde ele irá trabalhar, incluso a isso, estão suas competências, capacidades e afinidades.

Em relação às experiências profissionais anteriores dos sujeitos deste estudo, a sua maioria, nove (81,8%) teve experiências na área de saúde mental. Quatro delas trabalhavam em Hospital Psiquiátrico, sendo que uma dessas trabalhou em unidade de psiquiatria de um hospital geral, outra em Centro de Reabilitação Psicossocial e outra em um CAPS álcool e drogas. As outras duas pesquisadas não

possuíam nenhuma experiência na área de saúde mental. Uma delas possuía experiência profissional anterior em hospital geral e posto de saúde.

Para o desenvolvimento profissional são importantes as experiências profissionais, já que o conhecimento e as transformações do trabalhador ocorrem também baseados nelas (ROSSINI, 1998). Contudo, elas não devem ser consideradas como única forma de emancipação do saber, pois o conhecimento adquirido por meio de experiências é assistemático, ou seja, baseia-se na particularidade das experiências próprias do indivíduo, e não há sistematização de idéias.

Essas constatações vêm indicar e reforçar a necessidade de cursos de especialização/residência/aprimoramento, entre outras, para que o enfermeiro, respaldado por formação adequada, inclusive para o trabalho em grupos, possa vir a desenvolver seu trabalho de maneira mais efetiva, embora se saiba que outras variáveis, além da formação acadêmica, possam contribuir para que um indivíduo seja um bom profissional (ROSSINI, 1998).

Dentre as enfermeiras pesquisadas, seis (54,5%) optaram pela pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. As outras áreas foram: Hematologia, Meio Ambiente, Saúde do Trabalhador, Administração Hospitalar, Enfermagem Obstétrica, Saúde Pública e Infectologia, sendo que duas das 11 enfermeiras pesquisadas não possuíam qualquer tipo de especialização.

Os conhecimentos advindos da graduação não são suficientes para a adequada atuação da enfermagem na área de saúde mental. Por isso, torna-se necessário que os enfermeiros, que trabalham nessa área, busquem novos conhecimentos a fim de complementarem a sua formação (TAYLOR, 1992).

Para Furegato e Saeki (2000), com a Reforma Psiquiátrica necessita-se de profissionais capacitados na área de saúde mental. Não basta tê-los em quantidade, é preciso obter a qualidade necessária para assistir humanamente o doente mental. Portanto, no caso do enfermeiro, que almeja trabalhar em psiquiatria e saúde mental, precisa buscar maior conhecimento na área, principalmente adquiridos em cursos de especialização.

Os conhecimentos advindos de curso de especialização propiciarão aos enfermeiros maior e melhor preparo para interagir com o paciente, melhorar a organização do trabalho, proporcionando as relações entre o doente mental e a equipe, além de se tornarem autocríticos em relação à sua assistência. Assim, os profissionais terão maior segurança e respeito por parte da equipe (FUREGATO; SAEKI, 2000).

Nesse contexto, além dos cursos de especialização, os enfermeiros podem conquistar novos conhecimentos por meio de cursos extracurriculares e reciclagens que os apoiem em suas práticas.

Nesse sentido, apenas dois (18,1%) dos sujeitos entrevistados receberam treinamento e/ou curso complementares na área, antes de começarem a trabalhar no CAPS.

As demais enfermeiras, todavia, relataram que nunca tiveram cursos de atualização na área de saúde mental. Portanto, questão que merece ser levantada é a pouca mobilização institucional em oferecer treinamento adequado aos profissionais que participam de trabalhos tão específicos como os desses serviços.

Na percepção de Campos e Barros (2000), os enfermeiros necessitam

rever sua formação, apontando para novas posturas frente ao sujeito e seu sofrimento psíquico, ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação, compartilhando efetivamente práticas e saberes subjacentes à essas práticas, com outros campos disciplinares (p. 276).

Conforme Souza et al. (2000), os cursos de aperfeiçoamento e atualização na área de enfermagem psiquiátrica são destinados a complementar conteúdos da graduação, aprimorar conhecimentos, oferecer trocas de experiências entre os profissionais, que faz com que haja uma reciclagem dos mesmos e a melhoria da assistência aos pacientes. Os autores relatam que as exigências do mercado de trabalho, com a Reforma Psiquiátrica, deveriam mobilizar as instituições e enfermeiros para adquirir conhecimentos novos para assistir de modo inovador e humano o cliente com transtorno mental.

No período da coleta de dados nenhuma das enfermeiras estava participando de curso de aperfeiçoamento ou atualização. Ressalta-se que as enfermeiras que não possuíam o título de especialista referiram sobre a necessidade de cursarem a especialização na área.

Quando o profissional gosta da área em que atua, pensa-se que ele irá se aperfeiçoar nela, transcendendo da inércia ao novo, ao criativo e ao dinâmico. Dessa forma, buscam conhecimentos novos que estão no seu campo de atuação, de forma a não internarem pacientes em instituições de moldes manicomiais (CORBISIER, 1992).

A atuação dos profissionais que trabalham nos novos serviços de saúde mental demanda a inter-relação entre teoria/prática, visto que esses serviços requerem maior competência, disponibilidade e criatividade dos profissionais de que no modelo de Psiquiatria Manicomial, cujas funções são cristalizadas (OLIVEIRA, 1999). Contudo, essas novas modalidades terapêuticas são incipientes, e buscam a reabilitação psicossocial do paciente. Assim, é prática em busca de uma teoria; dessa forma, deve-se, nos diferentes saberes das diversas linhas de trabalho e a

partir de suas práticas, construir uma teoria (BERTOLOTE, 1996; SARACENO 1996a).

5.1.2 - *Atuação dos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*

Os trabalhos de Lacerda (1999), Souza; Varela; Barrosos (1999), Estima e Silva (2000), Paganini (2000), Leopardi; Glebcke; Ramos (2001), discutem o cuidar em enfermagem. Nesses artigos, o cuidar envolve o ambiente social, físico e psicológico, baseado num contexto cultural, buscando a transformação da pessoa no processo saúde-doença.

De acordo com Capella (1998) *apud* Leopardi; Glebcke; Ramos (2001, p. 40)

A enfermagem organiza a assistência em si, atua nos corpos e consciências individuais, ao mesmo tempo organiza o local de trabalho em que a pessoa está hospitalizada além de preparar corpos e consciências individuais para a intervenção de outras categorias profissionais.

Para a apresentação dos dados, a atuação das enfermeiras no presente estudo foi agrupada em duas categorias: as atividades assistenciais e as atividades burocrático-administrativas.

5.1.2.1 - Atividades assistenciais

A maioria das atividades realizadas pelas enfermeiras pesquisadas no atual estudo eram atividades assistenciais. Essas foram subdivididas para uma melhor compreensão e visualização dos dados coletados, conforme mostrado a seguir.

5.1.2.1.1 - Atendimentos individuais

Os atendimentos individuais consistiam em consultas de enfermagem (intercorrências clínicas), triagem, acolhimento, observação e contato com os pacientes, atendimento individual com o paciente, administração e entrega de medicações, verificação de sinais vitais e dados antropométricos, orientação e supervisão (quanto ao uso correto de medicamentos, orientações dietéticas e sobre higienização) e sistematização da assistência de enfermagem (evolução do paciente, projeto terapêutico individual); conforme os discursos abaixo.

Faço a realização de consulta de enfermagem... A gente participa e orienta com relação aos dados antropométricos (sinais vitais e pesagem)... é uma vez no mês... sinais vitais... todos: P.A, pulso, pressão e temperatura e a pesagem... então, a gente tem um controle... (Enf.4)

orientação quanto a medicação... tem alguns pacientes que eles não tem suporte familiar e não tem como tomar a medicação sozinho... então a gente é... dá medicação pra esses pacientes tudo separadinho... tudo direitinho... administra de manhã aqui, a tarde aqui e dá o saquinho da noite... para eles levarem para casa... eu faço triagem de casos novos também... o acolhimento... né? Acolhimento de pacientes... . (Enf.5)

Toda triagem que você faz o paciente passa a ser sua referência... Então assim... pra discutir o plano terapêutico do paciente... é você que vai colocar através da triagem... o que você acredita o que pode ser feito para aquele paciente... quais são os recursos que o serviço tem para que você possa usar para aquele caso... Avalia o paciente diariamente... aí é um paciente assim... muitos deles têm problemas tanto psíquicos quanto clínicos... então a gente faz a sistematização da assistência. (Enf.6)

Você tem um contato com ele diariamente... atendendo as suas necessidades... fazer a evolução dele... dentro da multidisciplinar... fazer a sistematização da enfermagem... e se você faz sendo referência dele... você vai fazer diariamente a evolução dele... atendendo nas necessidades básicas aí... acompanhar... se for necessário acompanhá-lo para o atendimento clínico... até em busca... em transferência, sabe? A parte de medicação... orientá-lo (Enf.8)

De acordo com os relatos acima, percebe-se que as enfermeiras atuam de modo individualizado, com a sistematização da assistência personalizada, bem como a realização de um projeto terapêutico elaborado por elas e pela equipe, de acordo com as necessidades e capacidades de cada paciente.

A atuação da enfermeira sugeria que havia a promoção da comunicação terapêutica e o relacionamento enfermeiro-paciente, conforme as seguintes falas.

Eu faço atendimento individual... porque aí o paciente pode querer conversar comigo... então eu vou atender...ouvir ele... suas queixas... atender ele no individual... vou... converso com ele... vejo tudo que ele precisa... o que eu posso ajudar... (Enf. 3)

Você tem um contato com ele diariamente... atendendo as suas necessidades... eu dou atendimento individual... a gente tem aquela área... normalmente aparece... senta ali... tem uma atividade livre... e ele aproxima de você e começa a conversar... e quando você vê que a conversa tem que ser individual, aí com jeito você conversa... ouve... (Enf.8)

É importante ouvir o paciente... conversar com ele... quando ele quer... estar disponível para ajudá-lo (Enf.9)

A disponibilidade do enfermeiro é fundamental para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, estar disponível não significa apenas estar presente, mas estar disposto a estar presente.

O profissional enfermeiro irá desenvolver situação terapêutica com o cliente se ele estiver disponível para isso e, também, for capaz de proporcionar experiências novas e mais positivas na convivência com outras pessoas. Para alcançar esse objetivo, o enfermeiro deve se esforçar para compreender o comportamento do doente mental e as necessidades emocionais expressas por esse comportamento. Assim, visto o fato de o relacionamento entre o enfermeiro e o cliente apresentar potencial para se tornar experiência terapêutica para o cliente, o enfermeiro deverá também não só compreender o mesmo, mas também desenvolver a

autoconscientização. Então, o enfermeiro precisa adaptar e readaptar constantemente o modo de se dirigir aos pacientes, ou seja, fazer uso mais de sua própria personalidade (TAYLOR, 1992).

É por meio da comunicação enfermeiro-paciente que o profissional pode compreendê-lo em sua totalidade, ou seja, seu modo de pensar, sentir e agir. Apenas assim, identificar-se-á problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem, e tentar-se-á ajudá-lo a encontrar formas para recuperar a sua saúde.

Stefanelli (1993) comenta que a interação enfermeiro-paciente deverá ser planejada pelo enfermeiro, e conter a definição de metas e objetivos a serem alcançados pelo paciente, realizados pelo próprio profissional ou mesmo em conjunto com o cliente, visando assisti-lo de modo que se sinta como um ser humano digno e capaz de solucionar seus problemas, de ser útil ao próximo e de contribuir para a sociedade. Nesse processo de interação com o paciente, é muito importante a comunicação enfática do profissional com o paciente, isto é, quando aquele transmite a esse que o compreende tal como ele vivencia seu medo.

Entretanto, o profissional pode entender esse relacionamento terapêutico como sobrecarga, conforme mostra a fala:

É muita loucura o dia inteiro... entendeu? E lidar com a loucura não é fácil... O enfermeiro é muito solicitado... pelos pacientes... principalmente... é você pra cá... é você pra lá... A enfermagem é muito solicitada mesmo... (Enf.4)

O enfermeiro precisa conscientizar-se de que não irá resolver todos os problemas do cliente. Dessa forma, ele não se sentirá sobrecarregado. A enfermagem utilizará a relação terapêutica com vistas à busca de soluções adequadas para a melhoria da qualidade de vida do paciente (VILELA, 2002).

Para que a interação seja terapêutica, é fundamental que o profissional enfermeiro reconheça o paciente como ser humano singular, que tem esperanças, medos, alegrias e tristezas. É necessário que a enfermeira interaja com o paciente “de modo a desenvolver e refletir um entendimento sobre suas respostas emocionais e provável significado de seu comportamento”. O enfermeiro poderá assim, implementar procedimentos que serão úteis a ele (TAYLOR, 1992, p. 70).

Segundo Lacerda (1999), o cuidado é realizado não pelo outro, mas com o outro. O cliente participa de seu processo terapêutico, porque o cuidado oportuniza o desenvolvimento de potencialidades e estimula o crescimento dos envolvidos nesse processo, ser cuidado e cuidador. O cuidado terapêutico objetiva o conforto, a reabilitação, a recuperação do paciente, que será compreendido, aceito.

As demais atividades realizadas pelas enfermeiras de forma individual são as consultas de enfermagem, o que está de acordo com as indicações do estudo de Barros e Rolim (1996), que referem ser essa uma atividade possível de ser desenvolvida por enfermeiro sem especialização na área de enfermagem psiquiátrica.

5.1.2.1.2 - Atendimentos grupais

As atividades grupais englobam atividades de grupos (operativo, psicoeducação, orientação à saúde, orientação quanto à medicação, relaxamento) e de oficinas (bijuteria, culinária, literatura e gesso). A participação das pesquisadas em atividades grupais demonstra um novo fazer na área da enfermagem em saúde mental.

...realizo um grupo operativo junto com uma assistente social às quintas-feiras.. Eu realizo dois grupos de relaxamento... Um às segundas - feiras... o outro às sextas-feiras... E realizo um grupo operativo junto com uma assistente social às quintas-feiras... O grupo de relaxamento eu realizo sozinha... e esse grupo operativo às quintas-feiras com uma assistente social que trabalha há muitos anos na unidade... (Enf.2)

Então eu tenho oficinas de literatura... que eu faço às segundas-feiras às 10 horas da manhã... né? Eu e uma auxiliar de enfermagem... e a gente faz uma atividade de literatura... desenhos... poesias... leitura... colagens... tudo que possa envolver essa parte de literatura... a gente faz... né? E eles gostam bastante, né? Aí eu tenho um grupo de orientação... e atenção à saúde... que eu faço às segundas-feiras às 15 horas... eu e uma outra auxiliar de enfermagem que não é a mesma que faz o grupo de literatura... e a gente orienta sobre medicação... sobre o uso da medicação correta... a gente tem uma orientação sobre saúde corporal e higiene bucal e higiene corporal, né? E tira algumas dúvidas que eles têm em relação à patologia... em relação à medicação... esse tipo de coisa... Eu tenho uma oficina de gesso que eu faço às quartas-feira às 14 horas... faço eu e uma terapeuta ocupacional estagiária... a gente faz uma oficina de gesso com eles....(Enf.3)

Faço um Grupo de Psicoeducação toda quarta-feira com eles... são quatro grupos... em torno de oito pessoas cada grupo... e a gente faz o grupo de psicoeducação... São quatro grupos... um por semana.... (Enf.4)

Eu fiquei com uma oficina de bijuteria... muito legal... eles gostam bastante! Eu também chamo a família... né? Pra ta orientando... pra ta conversando... orientação quanto a medicação... quanto ao paciente... familiar... ajudar no tratamento.... (Enf.5)

Grupo em português, de acordo com Ferreira (2000, p. 356),

É uma reunião de pessoas, coisas ou objetos que se abrangem no mesmo lance de olhos ou formam um todo. São pequenas associações de pessoas reunidas por um fim comum.

Grupo não é a soma de pessoas, mas uma entidade com mecanismos específicos e com leis em que todos os participantes estão unidos para alcançar o objetivo comum (ZIMERMAN, 1997).

O grupo, de acordo com Contel (1997), favorece a diminuição do distanciamento entre o profissional e o usuário. Com isso, a proximidade entre

ambos contribui para maior e melhor aderência do cliente ao seu tratamento, bem como para a sua reinserção social.

A importância dos grupos, segundo enfatizam Kantorski; Machado; Oliveira (2000), ocorre devido à possibilidade de promover a reabilitação psicossocial dos doentes mentais e de possibilitar o encontro dos mesmos e seus familiares.

Há também, no grupo, o atendimento de demanda maior, viabilizando intervenções mais freqüentes ao usuário, visto que, na grande maioria dos serviços de saúde mental, há extensa fila de espera que faz com que o tempo da consulta varie de 30 a 90 dias (VILELA, 2002).

Para a clientela mais grave, psicótica, as atividades grupais têm funcionado de modo terapêutico. De acordo com Corbisier (1992), a experiência de ouvir vozes, de ver coisas, dilui-se no contato com outras pessoas ao compartilharem experiências semelhantes. Assim, traz como consequência a diminuição do medo, da resistência ao contato com as pessoas.

Os grupos se diferenciam e são classificados a partir da sua finalidade. Zimmerman e Osório (1997) referem que a classificação dos grupos pode ser dividida em dois blocos: um deles é o grupo operativo e o outro é o psicoterápico. Esse é basicamente clínico, pois utiliza a aquisição de elaborações psíquicas do inconsciente ou não (*insightis*).

Conforme Dieguez (s.d., p. 4), “o grupo operativo é uma técnica de trabalho, cujo objeto é promover um processo de aprendizagem”. O autor refere que dois elementos são fundamentais para o surgimento do grupo operativo: o vínculo e a tarefa. Aquele é a representação subjetiva que os participantes têm sobre si e sobre os outros integrantes, que é construída num determinado tempo e local comum. Já a tarefa é a trajetória que o grupo percorre para alcançar a meta planejada.

Zimerman (1997) relata que o grupo operativo abrange quatro campos:

- ensino-aprendizagem - cuja tarefa essencial é o espaço para refletir sobre temas e discutir questões;
- institucionais - grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses;
- comunitários - utilizados em programas voltados para a Promoção da Saúde, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas;
- terapêuticos - objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto no nível físico quanto psicológico, são os grupos de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos etc. (Zimerman, 1997, p. 76).

Quanto às oficinas, Vilela (2002) salienta que a participação em oficinas terapêuticas e a coordenação delas possibilitam ao enfermeiro, também no processo de reabilitação psicossocial do doente mental, a escuta a essa pessoa. Portanto, elas devem constituir em um espaço de atuação do enfermeiro psiquiátrico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define que os serviços substitutivos tipo CAPS devem, necessariamente, oferecer oficinas terapêuticas. Essas podem ser: expressivas (espaços de expansão corporal, verbal, musical e artística), geradoras de renda (possibilitando o aprendizado de atividades que podem servir como fonte de renda) ou alfabetização (destinada aos que não foram inseridos no mundo letrado).

Há vários tipos de oficinas que, segundo Delgado; Leal; Venâncio (1997), identificam três caminhos possíveis para a realização da mesma:

- espaço de criação - são aquelas oficinas que possuem como principal característica a utilização da criação artística como atividade e como espaço que propicia a experimentação constante;
- espaço de atividades manuais - seria uma oficina que utiliza o espaço para a realização de atividades manuais, onde seria necessário determinado grau de habilidade e onde são construídos produtos úteis à sociedade. O produto dessas oficinas é utilizado como objeto de troca material;
- espaço de promoção de interação - é a oficina que tem como objetivo a promoção de interação de convivência entre os clientes, os técnicos, os familiares e a sociedade como um todo.

De acordo com Valladares et al. (2003), as oficinas terapêuticas são atividades que vão ao encontro de vida entre os portadores de doença mental, as quais promovem o exercício da cidadania e a expressão de liberdade e convivência dos diferentes por meio da inclusão pela arte.

Rauter (2000) pontua que

as oficinas, o trabalho e a arte possam funcionar como catalisadores da construção de territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os "usuários", torná-los cidadãos...), ou de "mundos" nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano ... fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida (p. 271).

Valladares et al. (2003) argumenta, porém, que a experiência do trabalho nas oficinas tornar-se-á positiva quando uma de suas funções for de intervir no campo da cidadania. Dessa forma, atuando no âmbito social, contribui para a transformação da realidade atual no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico.

O estudo de Oliveira; Pereira; Silva (1999) mostra alguns aspectos importantes das atividades grupais para o enfermeiro:

Delimita a atividade da enfermeira na instituição; possibilita uma nova concepção do trabalho da enfermeira pelo paciente. Representa uma conquista do seu espaço diante dos outros profissionais, passando a ter um maior reconhecimento; ajuda as enfermeiras a crescer profissionalmente; viabiliza mudanças no profissional especificamente em relação às pessoas; proporciona estudos para a compreensão do simbólico; representa uma ferramenta de trabalho que transforma a profissional em relação a outras pessoas; propicia um caminho a mais a ser percorrido pela enfermeira, oportunizando demonstração de competência profissional e crescimento pessoal e permite a troca de experiência tanto do profissional x paciente como profissional x profissional (p. 40-1).

De acordo com Munari (1997), a atividade grupal é importante instrumento para o trabalho do enfermeiro, pois enfatiza as situações comuns aos pacientes, possibilitando trocas de experiências, e também otimiza o tempo do próprio profissional que pode assistir mais pacientes e melhorar a qualidade da assistência, pois o grupo pode ter benefícios terapêuticos.

Conforme Zimmerman (2000) apud Vilela (2002), a enfermagem psiquiátrica deve aprender, aperfeiçoar-se e investir no trabalho grupal. Uma das características associadas ao doente mental é o desarranjo comportamental que interfere nas suas relações interpessoais do dia-a-dia. Assim, a atividade de grupo é vista como fator benéfico ao portador de transtorno mental, ajudando-o no seu processo de ressocialização, que acaba por assisti-lo na comunicação humana e no processo de troca por meio das necessidades de inclusão, controle e afeição (CORBISIER, 1992).

Nos serviços pesquisados, observou-se que quase todas as enfermeiras entrevistadas realizam suas atividades assistenciais preferencialmente em grupos (nove; 81,8%), ou seja, quer seja na co-coordenação junto a outro profissional, quer seja como coordenadora.

Munari (1997) salienta a necessidade de formação adequada em enfermagem para o desenvolvimento de atividades grupais por meio de cursos específicos, que devem ser estendidos a outros profissionais da equipe, visto que, ao longo da

graduação, as diferentes categorias profissionais não recebem treinamento específico para o trabalho em grupo.

Desse modo, o enfermeiro que trabalha na saúde mental, deve capacitar-se para utilizar como instrumento terapêutico o dispositivo grupal, na assistência aos pacientes (SPADINI, 2007).

Godoy (2004) enfatiza a importância de formação específica do enfermeiro, para oferecer-lhe base para atuação mais assertiva e eficiente, ou seja, melhor desempenho profissional.

Munari (1997) refere que o trabalho em grupo não é uma tarefa fácil e reforça a importância que o tema deve ser dado na formação do enfermeiro para que possa realizar essa atividade de modo consciente, reflexivo e efetivo. Conforme relatam duas pesquisadas.

Eu gostaria de ter mais assim... como eu cai aqui e eu não tinha feito a parte de especialização, grupo operativo... então eu gostaria de estar podendo estar estudando... podendo estar... assim... atuando mais nessa parte de grupos... de... pra estar mais ligado na parte emocional do paciente... e fazer o discernimento quando ele está... ah ... saber mais... atuar mais quando ele tá psicótico... em crise, né? (Enf.1)

Sei lá... eu tenho dificuldades... assim... pra fazer atividades... entendeu? Eu acho difícil assim... um grupo de atividades... eu tenho essa dificuldade... e o que pode dificultar isso? Não sei... Um preparo... alguma coisa... algum curso... sabe? Uma oficina... eu não consigo fazer uma oficina... essa é uma dificuldade minha... uma oficina a gente faz nessa área da enfermagem, entendeu? De orientação pra paciente... porque eu sempre me volto... eu vou fazer... mas se tiver um paciente passando mal... alguma intercorrência... naquele dia... entendeu? Eu vou ficar na intercorrência... eu não consigo... acho que é uma dificuldade que eu tenho.... (Enf.9)

Esse dado pode estar relacionado ao fato de as enfermeiras não terem preparo suficiente para o desenvolvimento de atividades grupais, tendo em vista que esse não é o objetivo dos cursos de graduação. A assistência por meio do trabalho

grupal possui grande importância no cuidado de enfermagem. Contudo, não pode ser considerada como a única maneira de assistir. Vilela (2002, p. 99) explica que

Novos instrumentos de trocas devem ser criados na perspectiva da mudança de paradigma epistemológico dessa profissão, visto que, no contexto da enfermagem contemporânea, há necessidade de diálogo interdisciplinar, de forma a não fragmentar o corpo/mente/ambiente do sujeito.

Para o enfermeiro conseguir novas formas de atuar na psiquiatria deve adquirir habilidades para suprir as necessidades da população por ele atendida. Dessa forma, ele não pode assumir apenas ações de delegar, entretanto, deve acolher, escutar e interagir de modo terapêutico. Para isso, deve envolver a análise do ser humano sob várias dimensões: biológicas, culturais, sociais, psicológicas e ambientais. Assim, o enfermeiro poderá atuar num contexto amplo, visando o restabelecimento da saúde do indivíduo e a promoção da qualidade de vida do mesmo, por meio de um plano terapêutico (VILELA, 2002).

O enfermeiro precisa conhecer o indivíduo o qual ele irá assistir, entender como ele compreende o seu sofrimento, bem como o sentido único dado a esse sofrimento, para oferecer cuidado de qualidade, convergindo para a ética e para a prática social libertadora que a Reforma Psiquiátrica preconiza (MIRANDA; ROCHA; SOBRAL, 1999).

5.1.2.1.3 - Atendimento familiar

Sabe-se que uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, ativa muitas respostas nos indivíduos que compõem o seu grupo social, principalmente, entre aqueles do convívio familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Evidencia-se, assim, a necessidade de intervenções que acolham os familiares.

Ademais, as ações direcionadas à família dos portadores de transtorno mental devem favorecer e potencializar a relação familiar / profissional / serviço (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Pereira (2003b) menciona que o paradigma de atendimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a reintegração do doente mental, por meio de serviços abertos de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nos quais se estabelecem a interação com a família do portador de transtorno mental. Essa interação tem como objetivo

Estabelecer um processo comunicativo, que permita ao profissional da área psiquiátrica compreender o contexto no qual se insere a história de vida do paciente e, a partir daí, desenvolver esforços educativos junto a esse grupo, facilitando a reintegração do paciente na rede de relações sociais onde foi estigmatizado ou excluído (p. 71).

A família, na modalidade de assistência – CAPS, terá que vivenciar junto a seu familiar com doença psíquica, o seu ir e vir a esse serviço. Essa interação, segundo Monteiro e Barroso (2000), deve ser trabalhada para que a família não seja fonte de conflitos para o doente. Assim, tornam-se necessárias e importantes as atividades desenvolvidas para familiares nos serviços de saúde mental. As ações realizadas pelas enfermeiras, consistem em: consultas à família, grupos para familiares e visitas domiciliares.

Faço atendimento familiar... para eles ajudar no tratamento do paciente....também faço visita domiciliar... (Enf.5)

Se for o meu paciente de referência eu faço atendimento à família... para todos os pacientes que estão na minha referência... a responsabilidade de família é minha... de colocar a família... conversar.... ver o que está acontecendo... porque ta dando trabalho... porque a família quer internar... se ta tomando a medicação... se não ta... como é o comportamento em casa... esse trabalho de família é a gente que faz... (Enf.6)

Eu faço um grupo para família... esse grupo dá suporte ao familiar do paciente... tira dúvidas quanto à doença... e é como uma terapia (Enf.10)

A falta de orientação para a família pode levar a conflitos entre o paciente e a dinâmica familiar, e consequentemente, problemas no processo terapêutico (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro deve rever a sua prática e promover estratégias para a construção de uma assistência pautada nas necessidades da família que interage com o doente mental (MONTEIRO; BARROSO, 2000).

5.1.2.1.4 - Atividades comunitárias

Um dos vários objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira é um sistema regionalizado e hierarquizado, com proposta de serviços comunitários. Por isso, o doente mental deverá ser mantido no seio familiar e na comunidade em que se insere (ALVES et al., 1994). Para que isso ocorra, é necessário que os serviços abertos de saúde mental, preconizados pela Reforma, voltem-se para a atuação na comunidade. Dessa forma, apenas uma enfermeira participava diretamente de atividades comunitárias com a população.

Então a gente participa de muitas atividades externas... a gente passeia muito... A gente vai... essa semana passada... sexta – feira a gente foi pro zoológico de São Carlos... por meio de um ônibus da prefeitura pra 50 usuários... vêm... e aí a T.O programou o que levar pra comer... todo mundo ajuda... até eu... adoro ajudar na culinária... E aí nós vamos passar... Tem muita festa... tem a festa dos aniversariantes do mês... tem... a gente o primeiro encontro de usuários aqui em Matão... foi à região... Taquaritinga, Araraquara... Ribeirão foi convidado, mas eles não vieram... Tem atividades que os pacientes nadam... piscina... vai para a praça... a gente já foi visitar a feira do bordado... Ibatinga... a gente faz muita atividade externa... (Enf.4)

O sujeito deste estudo que participava de atividades comunitárias pareceu compreender que a assistência é mais efetiva e tem mais resultados e melhores quando se dispõe à atuação comunitária, conforme o relato a seguir:

E na minha opinião, a atividade externa, que envolve, vamos dizer assim... uma festa, um ambiente externo, com pessoas diferentes, com coisa legal pra comer, pra se divertir... é o maior instrumento terapêutico que existe... na minha opinião... porque no dia de festa, Tatiana, ninguém surta... ninguém tem... ninguém vê vulto, ninguém tem alucinação, ninguém fica persecutório... nada... todo mundo fica bem o dia inteiro... a gente passeia... vai para o passeio... a gente não tem problema no passeio... se a gente ficar aqui o dia inteiro... tem umas manhosas... quero atenção... quero isso e quero aquilo... na festa não... eu nunca presenciei um surto... porque todo mundo fica bem... então, pra mim é o maior instrumento terapêutico que tem...(Enf.4).

O enfermeiro psiquiátrico deve conhecer a pessoa a qual ele irá assistir. Ou seja, deve se dispor a ir ao encontro de sua vida social, conhecer a sua relação com a comunidade na qual vive. Desse modo, compreenderá o doente mental com base no seu sofrimento, a compreensão do mesmo e das relações que possui com a comunidade, para assim ter maior amplitude de entendimento do paciente (MIRANDA; ROCHA; SOBRAL, 1999).

Em relação às atividades comunitárias, tanto a atuação do enfermeiro quanto a organização dos Serviços Abertos de Saúde Mental devem ser mudadas. Bandeira; Gelinas; Lesage (1998) afirmam que os serviços que se organizam pelo acompanhamento tradicional, que têm como base a premissa que o cliente é capaz de buscar o próprio tratamento, comparecendo aos serviços comunitários, não se efetiva, visto as limitações dos pacientes, como a ansiedade extrema, falta de motivação, ambivalência e passividade. As autoras comentam que para diminuir as re-hospitalizações e proporcionar melhor integração do cliente na comunidade, é preciso criar modelos de acompanhamento psiquiátrico externos.

5.1.2.1.5 - Atividades burocrático-administrativas

As outras atividades realizadas pelas enfermeiras eram de cunho burocrático-administrativas. Essas englobavam o controle de medicações, os encaminhamentos, participação em reuniões (de equipe, de discussão de caso clínico), orientação e supervisão dos auxiliares de enfermagem, elaboração de laudos, processo de alto custo e escala de enfermagem; solicitação de material, verificação da folha de ponto (presença), ajuda à recepção com o serviço burocrático e busca ativa de pacientes faltosos. Pode-se caracterizar tais atividades pelos discursos que seguem.

...a gente tem que verificar todo dia da semana se falta medicamento... ver os que estão aqui no ambiente e que vão ser medicados... eu tenho a medicação injetável, que eu tenho que ver a do dia, se o paciente veio ou não veio, aí você tem que fazer a busca ativa... telefonar.. saber porquê... Segunda-feira é reunião de caso novo.... de caso clínico... Quarta-feira é a reunião de equipe mesmo... (Enf.1)

..eu participo das reuniões... são duas reuniões que a gente tem no serviço... às segundas-feiras as reuniões para discussão de casos de pacientes... e às quartas-feiras, reuniões para discussão de normas e rotinas e condutas da equipe...e a assistência direta ao paciente. Além disso, o grande... o meu maior foco de atividades na instituição é a coordenação e supervisão, orientação e treinamento de auxiliares de enfermagem... implementação de rotinas para a administração e checagem de medicação... controle de processo de medicamentos de alto custo e a assistência direta ao paciente.... (Enf.2)

Faço checagem de medicação... orientação de funcionário... dos auxiliares... supervisiono eles... medicação, atitude em relação ao usuário... como tratar... como não tratar... Confiro medicação. (Enf.7)

Algumas das atividades citadas acima foram consideradas na pesquisa de Bertoncello e Franco (2001), pela maioria dos autores por eles estudados, como de caráter administrativo. Para esses autores, o enfermeiro afasta-se do objeto de seu cuidado (o paciente) ao se prender a atividades burocráticas e deixa para os auxiliares de enfermagem a realização do cuidado direto com os pacientes.

Leopardi; Glencke; Ramos (2001, p. 40) referem outra visão sobre o trabalho administrativo do enfermeiro. Eles pontuam que esse tipo de trabalho promove condições para a assistência do cuidado “direto”. As autoras pontuam também que esse modo de trabalho é considerado “cuidando do cuidado”, sendo “uma metáfora para indicar que o trabalhador se envolve numa ação para depois produzir o cuidado”.

5.1.3 - Facilidades e dificuldades encontradas na atuação do Enfermeiro

As dificuldades e as facilidades são inerentes a qualquer tipo de atuação ou a qualquer profissional, independente da área a qual atua (VILELA, 2002). No que se refere à presente pesquisa, foram encontradas, por meio dos discursos dos sujeitos, algumas facilidades e dificuldades analisadas a seguir.

5.1.3.1 - Facilidades

Uma das facilidades mencionadas por algumas das entrevistadas constitui o ato de ter afinidade com a área de saúde mental.

Eu acho que é o gostar do que está fazendo facilita trabalhar aqui porque não é fácil trabalhar com psiquiatria quando você tem afinidade... identificação na área... você se dedica mais... tem mais força de vontade... sabe? Procura mais coisas pra aprender... é isso... . (Enf.10)

O essencial... que eu sempre digo... principalmente quando os estagiários vêm, né? Você precisa gostar muito... porque é sofrido... são pacientes que sofrem muito... psiquicamente... fisicamente... a família.... né? Se você não gostar, não vai agüentar a pressão... é complicado trabalhar com o doente mental... você até pode trabalhar... mas vai ser daquele jeito, entendeu? Não vai ter amor na ação... É muito gostoso quando você vê que o paciente melhora... o retorno dele... (Enf. 11)

Desse modo, o gostar de trabalhar em psiquiatria pode ser visto como fator motivacional. Então, é possível dizer que isso facilita o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na área, contudo, como aponta um dos depoimentos, precisa também de boa vontade para que se consiga realizar um trabalho adequado. Entretanto, apenas cinco (45,5%) das enfermeiras optaram por trabalhar na saúde mental.

Outro fator considerado facilitador por algumas enfermeiras refere-se à estrutura e dinâmica do serviço, conforme se segue.

o número de funcionários... claro que a eficiência conta muito... mas o número de funcionários também ajuda bastante, né? Temos uma estrutura física muito boa para o atendimento ao paciente... Que faz com que a gente consiga dar um andamento legal no serviço... (Enf.3)

O número de funcionários está bacana... a estrutura do serviço... não tem tido falta de material... verba... não tenho do que reclamar, não.... tudo tem... não falta medicamentos... (Enf.7)

O que facilita são as condições... daqui... do serviço... Medicação nós temos... a estrutura física no lugar é boa... temos espaço... os profissionais... está num número legal... (Enf.11)

Uma questão considerada por alguns dos sujeitos deste estudo como facilitadora foi o trabalho em equipe. Alguns depoimentos revelam que os fatores, como a interação com a equipe, culminam em componentes facilitadores para o bom desempenho e confiança dos profissionais, e são considerados como comportamentos e atitudes positivas no cotidiano das pessoas de um modo geral.

Eu acho que uma equipe multidisciplinar é essencial em qualquer lugar... principalmente quando se trata de paciente com transtorno mental... eu acho que tendo uma equipe multidisciplinar... eu acho que é muito importante... é uma coisa que facilita bastante... porque dá complemento ao meu trabalho, né? E eu complemento o trabalho deles também! Então facilita bastante.... (Enf.3)

Eu acho que... agora... a gente tá conseguindo... é uma equipe que tá se tornando mais unida... tá conseguindo falar a mesma língua...

ta conseguindo se interagir... claro que tem discordâncias, mas para o crescimento... eu acho que esse trabalho em equipe ta ajudando... mesmo a equipe sendo mínima... reduzida... é... eu acho que a gente ta conseguindo caminhar... eu tô me sentindo mais estimulada... (Enf.5)

Eu acho que... a equipe multidisciplinar... eu acho que a gente divide mais as coisas... assim... a gente discute mais... entendeu? Acho que isso facilita... a gente pode estar abrindo pra discutir... tá decidindo... a gente decide com a psicóloga... assistente social... uma conduta... acho que está em aberto para discutir... está bem aberto para intervenções entendeu? Tem mais pessoas pra gente estar discutindo e tomando alguma ação... intervenção... acho que isso facilita... Uma equipe com profissionais de várias áreas. (Enf.9)

O trabalho em equipe “decorre do fato de que o ‘adoecer psíquico’ não é fenômeno homogêneo, simples, mas complexo”. Sendo assim, as formas de acesso para o tratamento do doente mental devem ser as mais diversificadas possíveis (OLIVEIRA, 1999, p. 156). Entretanto, ressalta-se que a justaposição das ações, característica da equipe “multiprofissional”, não resultará na melhoria da qualidade da assistência. Para isso ocorrer, a equipe deverá integrar competências, a partir de valores éticos e consensos mínimos, para a sustentação das práticas.

Segundo Saraceno; Asoli; Tognoni (2001, p. 27), uma equipe interdisciplinar tem como características a

Distribuição de poder, importância dos conhecimentos, da responsabilidade e da afetividade, comunicação clara e não contraditória; discussão e planificação do trabalho; socialização dos conhecimentos e autocritica e avaliação periódica dos resultados.

A equipe multidisciplinar deverá ter como base três passos, primeiro: compromisso do profissional com o projeto de transformação da assistência, que permite transformar a si próprio à medida que transforma a sua prática; segundo: integração e distribuição do poder na prática da equipe que, no exercício do cotidiano, unifica a atuação; terceiro: flexibilização de papéis. Havendo esses

paradigmas a equipe se constituirá em equipe interdisciplinar (SCHIMID et al., 1999).

De acordo com os autores acima, a consolidação dos três passos revoluciona a assistência e cria um projeto que venha substituir, em termos de assistência, o manicômio.

Campos (1992) ressalta que uma equipe se constitui quando opera de maneira colaboradora, convergindo suas metas para uma dada situação, que haja complementariedade e não soma/superposição. Trabalhar de modo cooperativo não implica em atuar sem conflitos.

As características dos integrantes de uma equipe podem favorecer ou dificultar o bom andamento de uma proposta de trabalho, visto que há pessoas com maior e menor disponibilidade para se auto-avaliar nas situações de conflito.

De acordo com Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000) as diferenças de opiniões entre os membros de uma equipe podem contribuir positivamente para o trabalho na equipe; isso dependerá de como os sujeitos da mesma recebem tais opiniões, bem como do modo como ocorrem a comunicação entre os trabalhadores e como se dá a liderança na equipe.

Minzoni (1967) ao se referir sobre o relacionamento da enfermeira com a equipe, comenta que ela deve desenvolver qualidades fundamentais para o bom desempenho de seu trabalho. Refere, ainda, que, em nenhuma outra especialidade, o relacionamento entre os membros da equipe é tão importante como na Psiquiatria, em que o trabalho do enfermeiro está em estreita colaboração com os demais trabalhadores, e não há definições rígidas de suas funções.

Alguns relatos indicam a coordenação como fator facilitador no trabalho.

A gente teve muitos atritos aqui no CAPS devido a antiga coordenação... a nova coordenadora nossa tá aqui a seis... sete meses...né? E ela deu uma abertura maior para os funcionários... ela conseguiu trazer os funcionários... estimular os funcionários... Ela dá liberdade pra gente discutir... pra falar o que a gente pensa... né? Coisa que a gente não tinha... era um autoritarismo... na verdade a gente falava que era uma 'equipe'... ela não trazia pra gente coisas para podermos implantar... então a gente ficava reprimido... agora não... a gente tem toda liberdade pra falar o que a gente pensa... e assim... ela estimula também porque ela tá indo atrás de cursos... de visitas para outros CAPS... pra gente fazer visitas em outros CAPS... então eu acho que tudo isso estimula... (Enf.5)

A coordenação... a gerência mesmo... facilita. Porque, sempre que eu precisei... pelo menos até hoje... eu sempre tive... a colaboração da gerência... que me dá o suporte pra tudo que eu precisar... em relação a contato de família... em relação a trabalho com outros profissionais da área... eu me sinto apoiada pela coordenação... ela me ajuda... não 'me deixa na mão'... facilita muito o meu trabalho, né? Dá suporte... (Enf.7)

Percebe-se que o coordenador promove e estimula a continuidade e concretização de propostas feitas em reuniões de equipe, assim como resolve conflitos imediatos que ocorrem no decorrer do trabalho. Portanto, a figura do coordenador foi referida como facilitadora no processo de construção da assistência.

As reuniões de equipe foram pontuadas como fator facilitador no trabalho do enfermeiro.

Uma outra coisa que facilita muito são as reuniões de equipe... nós discutimos... nós colocamos as pautas... e nós fazemos as discussões... discute relacionamento terapêutico... discute algumas patologias... esse grupo facilita muito a prática... Nós temos reunião de equipe todos os dias... nós passamos todos os casos que precisamos... e nós discutimos em equipe o plano terapêutico individual. a gente discute todos os problemas... Todos contribuem com o caso... A gente discute o plano terapêutico do paciente... o que ele precisa melhorar... quais as oficinas que ele vai freqüentar... para que ele obtenha a melhora... Essas reuniões facilitam muito o nosso trabalho (Enf.6).

É muito bom as reuniões de equipe... me ajuda a trabalhar melhor... a atuar melhor... eu também acabo aprendendo sobre algumas doenças... e a lidar com alguns pacientes... que atitudes tomar... é muito útil (Enf.8)

As reuniões periódicas realizadas na unidade de trabalho do profissional consistem em discutir, planejar e avaliar o trabalho por eles realizado, permitindo, assim, espaço para o diálogo que, quando não realizado, poderá comprometer a assistência, tornando-a precária e ineficiente, por isso a importância da ocorrência da realização de reuniões entre os membros de uma equipe, para o bom andamento do trabalho por eles executado.

5.1.3.2 - Dificuldades

Fator considerado limitante refere-se à estrutura e dinâmica do serviço, no qual pontuaram a insuficiência no número de profissionais, a falta de materiais e remédios, como seus principais fatores.

Olha... dificuldade é mais a questão... é ampla... na questão... lá em cima... na Secretaria de saúde... é você conseguir acesso à melhoria da estrutura do lugar... por exemplo... ou às vezes, a falta do medicamento atrapalha, entendeu? Não depende da gente... Falta de médico que está acontecendo agora... então o que dificulta o trabalho são a falta de profissionais e estrutura de trabalho no sentido de planejar a saída de pacientes... não tem ônibus... Então falta estrutura de dinheiro, de profissional, né? Tudo assim... quando falta um remédio também atrapalha... e é pior... que é a situação do tratamento do paciente... aí a pessoa pode entrar em surto... a família ficar mais ansiosa... então como a gente depende de um gestor e é público... e não é só a gente que coordena e comanda... por exemplo medicamento que tá em falta... então você fica às vezes meio impotente... em certas situações...você quer melhorar... você quer fazer... mas você não tem acesso... entendeu? E é nesse sentido que dificulta, né? (Enf.1)

O meu trabalho é limitado justamente porque existe uma demanda muito grande de pacientes... que procuram o serviço... ou por intercorrência clínica... psiquiátrica... e não tem médico... pra estar atuando junto com esses pacientes no momento que eles precisam... E à tarde não existe uma equipe multiprofissional... de manhã têm psicólogos... estagiários de psicologia... tem terapia ocupacional... tem musicoterapeuta... à tarde eu fico sozinha e tem médico só um dia à tarde... o outro fator que dificulta: a unidade dispõe só de dois auxiliares de enfermagem... e quando um desses auxiliares de enfermagem sai de férias... não existe reposição... com hora extra... então fica muito comprometida a assistência de

enfermagem... então eu acabo ajudando o auxiliar de enfermagem nas funções do dia a dia... Eu acho que a psiquiatria é uma área de saúde... não só na área médica, como na área de enfermagem... em que o olhar dos dirigentes pra psiquiatria é um olhar com certo preconceito... (Enf.2)

Bom, eu coloco inicialmente a nossa administração atual, sabe? A nível de Secretaria... na solicitação do que falta... de medicamentos que faltam... Por exemplo... esse mês estamos com falta do Rivotril 2 mg e da Imipramina 25 mg... aí não tem no posto... é tudo muito demorado... sabe? Você cansa de ficar pedindo... então a gente entra na estrutura política mesmo... da administração atual... onde pára a coisa... aí não vai pra frente... então fica com falta de remédio...(Enf.4)

É a falta... de recursos... que vem de poderes maiores, né? Da Secretaria da Saúde... da Prefeitura... eles não dão recursos nenhum pra gente... às vezes na oficina terapêutica a gente tem que comprar ou tirar do dinheiro que a gente vende dos produtos... e aí com esse dinheiro a gente tem que comprar o material, né? Não vem pela Secretaria... você quer fazer uma excursão com os pacientes no zoológico... você não tem recurso... Falta funcionário...(Enf.5).

De acordo com Vilela (2002) a Reforma Psiquiátrica pressupõe que os serviços sejam abertos, comunitários e com equipe multiprofissional. Esses serviços são de responsabilidade do Estado, que deve oferecer condições adequadas para a realização de assistência qualificada em todos os instrumentos assistenciais, pois as facilidades e as dificuldades apontadas pelos trabalhadores remetem para a questão de apoio da secretaria da saúde do serviço, mostrando, assim, a relevância dessa estrutura para a área da saúde.

Conforme os relatos anteriores, é preocupante perceber que, enquanto para alguns profissionais, a estrutura e dinâmica do serviço é fator facilitador para a realização do seu trabalho, para outros, ocorre o contrário. Dessa forma, nota-se que não são todos os serviços que proporcionam adequadas condições de trabalho.

Vilela (2002) questiona as diferenças da cúpula administrativa quanto à valorização da pessoa que sofre de transtorno mental, a própria loucura, a valorização dos serviços psiquiátricos que varia de um local para outro, bem como

de uma gestão a outra de um mesmo local. Dessa forma, os clientes de tais serviços podem ser considerados ora excluídos, ora beneficiados de acordo com as diretrizes de cada gestão.

De acordo com a trajetória da Psiquiatria e os movimentos políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira, o Estado reestruturou o setor público da assistência à saúde mental em razão da insatisfação da sociedade e dos profissionais de saúde mental frente à má qualidade da assistência na área e à indústria da loucura. Assim, “o Estado deve ser capaz de coordenar essas modalidades assistenciais de forma eficiente”, com o objetivo de evitar o caos (VILELA, 2002, p. 121).

Outra questão, considerada por alguns sujeitos deste estudo como limitante no trabalho do enfermeiro que atua em CAPS, foi o trabalho em equipe. Alguns profissionais mencionaram que o trabalho em equipe é importante para obter atendimento de qualidade em saúde mental. Entretanto, referiram que encontravam dificuldades nessa realização, por diversos fatores: diferenças de visão entre os membros, problemas de comunicação e relacionamento da equipe, identificados como individualismo e competitividade.

Eu acredito também que quando se reúne um grupo de pessoas para trabalhar numa mesma planta física... não significa necessariamente que você esteja trabalhando em equipe.. você tem um grupo de pessoas trabalhando, num mesmo local... mas eu não vejo que as pessoas nesta instituição trabalham em equipe.. eu vi que as pessoas têm... uma ânsia... uma necessidade de estar se sobressaindo sobre as demais pessoas... Eu sinto em que muitas das ações que acontecem nesse serviço... as condutas, as atitudes e rotinas... são muito voltadas para o modelo teórico... que é o ideal... e na prática as coisas não funcionam... O outro fator que limita o meu trabalho nesse serviço... Uma vez que o paciente entrou na unidade, eu não consigo vê-lo só do ponto de vista psiquiátrico, ou psicológico... eu enxergo o indivíduo como um todo... e a equipe não consegue enxergar como eu... então eu tenho um grande atrito com a equipe por tentar enxergar o indivíduo globalizado... (Enf.2)

A equipe, às vezes, é uma dificuldade... não parecem que andam no mesmo ritmo... não entendem o modo como a gente quer trabalhar... cada um faz o seu papel e pronto... não enxerga o que o outro tem a acrescentar... parece competição... (Enf. 10)

Os participantes da equipe multidisciplinar devem procurar promover a melhoria da qualidade de vida do doente mental, com assistência humanizada e individualizada, visando a sua reabilitação psicossocial. Com o engajamento em projetos terapêuticos e a percepção da necessidade de mudança de concepção com um novo desafio, o serviço poderá ser de qualidade. Do contrário, a assistência se cristalizará e contrariará o enfoque da Reforma Psiquiátrica.

Outro fator limitante no trabalho em equipe, pontuado por algumas entrevistadas, é a acomodação de alguns auxiliares de enfermagem e, assim, não demonstram ter o compromisso necessário para com o projeto terapêutico assistencial, referiram, também, que muitos desses profissionais não tinham capacidade e competência para atuar na área de saúde mental.

Por ser um serviço público... eu acho assim... a situação de trabalho, né? ... desses profissionais... não sei... como todo serviço público você fica muitos anos, né? Acomoda... Pode haver uma certa acomodação... Por dificuldades estruturais e de condição... até econômica... às vezes os próprios profissionais aqui... às vezes vai ficando desestimulado com o passar dos anos... porque tenta várias coisas... e aí não estuda... não se qualifica... principalmente os auxiliares... não tem conhecimento de patologias... como lidar... sabe? Daí, pecam na assistência... (Enf.1)

Eu não sei... mas os dois técnicos de enfermagem aqui do CAPS eles são concursados... então tem alguns vícios... é uma coisa que me incomoda... assim... nunca cumpre o horário... correto... já faz tempo que eu fui falar com a coordenadora de enfermagem do município... só que assim... não tem o que fazer... concursado... então eles levam as coisas à sério... e assim... 'eu vou fazer isso e nada mais que isso...' sabe? Você não percebe um envolvimento com o serviço... eu não percebo um envolvimento... 'você pode fazer isso pra mim?' 'não'... (Enf.5)

A falta de conhecimento do auxiliar... não saber como comportar diante do paciente... que atitude tomar... aliás... age... mas age errado... sabe? Critica algo como se o paciente estivesse fazendo porque quer.. como se não fosse uma patologia que tem que ser

vista... cuidada... esse tipo de coisa... da atitude... alguns são acomodados... sei lá.. fazem aquilo e nada mais... (Enf.6)

Existe a necessidade de Educação Permanente, devido à peculiaridade da especialidade, que visa o desenvolvimento de habilidades para os integrantes de Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental com vistas para o relacionamento interpessoal, o conhecimento de alterações do psiquismo e do comportamento e os efeitos dos medicamentos (STEVEN; LUIS, 2001).

Vilela (2002) questiona a responsabilidade do Estado e dos municípios com relação à assistência psiquiátrica. A autora refere que a situação deveria ser oposta, pois a Reforma da Assistência Psiquiátrica visa a qualidade da assistência, com o objetivo de reverter a assistência de custódia e repressão dos moldes manicomiais. Portanto, pensa-se que não haverá prática de qualidade sem seriedade dos profissionais que atuam nos novos serviços de saúde mental e a formalização desses, que se consegue por meio de conhecimentos.

Oliveira (1999) pontua que os profissionais de enfermagem têm de ser seduzidos pelo trabalho que executam para, assim, desconstruírem as concepções sobre o louco, oriundas do paradigma asilar. É necessário que se permitam a experimentação, por meio do exercício da reflexão e autocrítica. Para trabalhar em um serviço inovador, o profissional deve recusar o modelo tradicional psiquiátrico e “abraçar” a nova psiquiatria que diverge da violência, estigmatização e exclusão a que são submetidos os pacientes em hospitais manicomiais.

Outro fator pontuado como limitador da assistência do enfermeiro foi a ausência de supervisão para os profissionais que trabalham no CAPS.

Trabalhar com o doente mental precisa fazer terapia... no final do dia a gente fala: 'puxa, que bom que eu to indo embora e saindo da loucura' sabe? Suga muito... e a gente fica realmente... a nossa cabeça fica a mil às vezes... com os acontecimentos... eu colocaria

primeiro que a gente precisa de um acompanhamento... 'cuidar do cuidador'... na verdade, o cuidador precisa realmente estar bem pra cuidar deles... e cuidar deles não é simples não... bem delicado... e a gente precisa cuidar da nossa mente... senão a gente não consegue estar aqui mesmo... A gente precisa de um suporte... terapêutico nosso... supervisão... porque senão... a gente não agüenta... não agüenta (Enf.4)

Eu acho que falta supervisão... pros funcionários, né? Porque a gente é humano... e é sofrido ouvir o sofrimento do outro... principalmente o sofrimento mental que não é uma coisa visível... né? Que você vai lá dar o remédio e vai curar... então pra gente é muito sofrimento... então causa uma angústia no profissional também... e ele precisa colocar isso pra fora... e às vezes tem usuário do serviço que pede coisas pra gente que não é legal... você fica com raiva... e não é saudável sentir isso... então eu acho que falta nesse serviço... a supervisão ela tem como objetivo assim... a discussão de caso e você colocar o sentimento em relação ao paciente... em relação ao serviço... então a supervisão vai me ajudar nessa questão... eu poder trabalhar os meus sentimentos em relação aos usuários... aos meus atendimentos... e seria excelente porque eu acho que ajudaria muito estimular o profissional...um suporte... terapia pro profissional (Enf.5)

O que dificulta o meu trabalho? Olha... hã... a falta de psicoterapia na unidade para os profissionais... o funcionário não vai tolerando algumas coisas... dentro do quadro do paciente... É a falta de ter um espaço para o funcionário colocar o que está sentindo... as frustrações... não existe aquela história de passar o portão e esquecer os problemas lá de fora... psiquiatria cansa demais... então, você vai cansando muito... nós temos supervisão aqui... nós temos uma psicóloga que vem de fora e que faz a supervisão institucional... ela vem uma vez por ano... ela precisaria vir mais vezes por ano... a gente expõe todos os problemas e tem que encontrar a solução para todos os nossos problemas... é bom... mas é pouco tempo... tem que ter mais supervisão...(Enf.6)

A supervisão da equipe multidisciplinar é instrumento de fundamental importância, tanto para que ocorra o desenvolvimento dessas equipes, como para o crescimento pessoal e profissional dos indivíduos que a compõem, o que faz com que melhore o desempenho de seus afazeres e promova a reflexão do trabalho realizado.

Para Campos (1992), a possibilidade de melhor autoconhecimento, por meio da supervisão, pode ajudar os trabalhadores a terem consciência de suas dificuldades e facilidades de integração em uma equipe multidisciplinar. Segundo a

autora, a reflexão é fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, pois, sem a mesma, há a tendência de se realizar trabalho repetitivo, estéril e estereotipado. Essa reflexão pode ocorrer por meio de reuniões regulares da equipe de trabalho e de supervisão de equipe. Tal prática favorece a compreensão da dinâmica da equipe e contribui para o melhor desenvolvimento do trabalho.

Segundo Mascarenhas (1989, p. 62), a supervisão é lugar de expressar dúvidas, “angústias, dificuldades técnicas, pessoais e de conhecimentos mais ou menos sistematizados, onde se encontram interlocutores, onde se compartilham essas questões”. O autor destaca a importância da supervisão na forma de ensino-aprendizado, e refere ser possível, por meio da mesma, suscitar reflexão na equipe, com situações vivenciadas por ela, ocorrendo, assim, a manifestação de sentimentos que, ao serem detectados, podem favorecer novas formas de interação.

Para ter a percepção clara do paciente é preciso envolver-se com o mesmo. O envolvimento é consciente, por isso o enfermeiro percebe os sentimentos e emoções que experimenta. Portanto, torna-se importante que o profissional exercite o autoconhecimento, para ser capaz de reconhecer-se “quando está reagindo em função de sua problemática particular e quando em resposta às necessidades da pessoa que requer ajuda” (PEREIRA; LABATE; FARIAS, 1998, p. 58).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura, o enfermeiro psiquiátrico, desde os seus primórdios, realizou cuidados aos pacientes aplicando procedimentos que visavam disciplina e ordem dentro do asilo, lugar onde os doentes mentais ficavam trancafiados sem o direito de expressar seus sentimentos e vontades. Os profissionais, que ali trabalhavam, tinham visão reduzida da doença e do doente mental.

A partir da Reforma Psiquiátrica, a prática do enfermeiro deve se transformar e acompanhar as mudanças do setor da saúde e da sociedade. O mesmo deve, então, promover atividades terapêuticas por meio do relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-paciente, constituindo o sujeito como cidadão e participante do seu tratamento.

A proposta deste estudo foi investigar a atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial, identificando as facilidades e dificuldades que encontra para desempenhar suas atividades.

Os resultados encontrados demonstram que o grupo de enfermeiros pesquisados é constituído por 100% (11) de mulheres. Uma população adulta, com idade média de 35,2 anos, da qual 54,5% (6) é formada em faculdades públicas e 45,5% (5) trabalham em outro serviço além do CAPS.

Em relação às experiências profissionais anteriores dos sujeitos deste estudo, nove (81,8%), tiveram experiência na área de saúde mental.

O tempo médio de trabalho no CAPS é de 3 anos e 7 meses. Apenas dois (18,1%) entrevistados receberam treinamento e/ou curso complementar, antes de começar a trabalhar no CAPS.

Observa-se que 54,5% das profissionais possuem Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica. As enfermeiras que não possuíam o Curso apontam a

necessidade de buscar conhecimentos, com a própria especialização, a fim de contribuírem para assistência de saúde mental mais adequada.

No momento da realização da pesquisa, nenhum dos sujeitos estava estudando e/ou buscando conhecimentos na saúde mental. Penso que deve haver capacitação desses profissionais com curso na área de psiquiatria no seu ambiente de trabalho para facilitar o acesso e a disponibilidade dos mesmos.

A inserção das enfermeiras na área de saúde mental ocorreu quase que predominantemente, dez (90,1%), por meio de concurso público, sendo dessas, apenas cinco (45,5%) optaram por trabalhar na área de saúde mental. Entretanto, mesmo as enfermeiras que não optaram, passaram a gostar de trabalhar na área.

A atuação das enfermeiras nos CAPS foi dividida em: atendimentos individuais, grupais, familiar e atividades burocrático administrativas.

De acordo com os relatos descritos em relação aos atendimentos individuais, percebe-se que o enfermeiro atua promovendo sistematização da assistência individualizada, assim como a participação, junto com a equipe, do projeto terapêutico individual de cada paciente, elaborado de acordo com suas necessidades e capacidades.

A atuação do enfermeiro sugere que há a promoção da comunicação terapêutica e o relacionamento enfermeiro-paciente, bem como a disponibilidade de escuta ao usuário.

Na presente investigação, a maioria das enfermeiras pesquisadas (81,8%) realiza atividades grupais, mostrando, assim, mudança importante na atuação do enfermeiro psiquiátrico. As atividades grupais englobam diferentes modalidades de grupos (como o grupo operativo) e as oficinas (como as de bijuteria).

De acordo com os relatos percebeu-se que as mesmas estão assistindo ao paciente de modo mais direto, com a realização de atividades individuais e grupais. Desta forma, penso que as enfermeiras devam estar atuando de modo inovador, pautando-se pela concepção humanista do cuidado, promovendo o relacionamento interpessoal terapêutico, com vista à solidariedade, ética e promoção da cidadania.

Os atendimentos às famílias também foi evidenciado pelas enfermeiras. Estas consistiam de consulta familiar, grupo de familiares e visitas domiciliares.

O atendimento à família do paciente portador de transtorno mental é muito importante, visto que a falta de orientação à mesma pode corroborar o surgimento de conflitos entre o paciente e os membros da família e, assim, prejudicar o tratamento do paciente. Por outro lado, pode haver uma melhor adesão do paciente ao plano terapêutico e, portanto, potencialização da relação família / profissional / serviço (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

A participação em atividades comunitárias, não foi encontrada com efetividade nas atividades das pesquisadas; apenas uma enfermeira referiu realizar atividades externas com os pacientes. A ressocialização do doente mental depende também da promoção de atividades comunitárias que poderão lhe dar suporte e o ajudarão para a interação com a sociedade. Essas atividades promovem o crescimento das potencialidades e capacidades de cada indivíduo, objetivando a melhoria da sua auto-estima, independência, senso de cidadania, responsabilidade, tornando-o mais ativo e participante no seu dia-a-dia.

Dentre as atividades burocrático - administrativas, realizadas pelas enfermeiras, a maioria estava relacionada com o controle de medicações, participação em reuniões (de equipe e de discussão de caso clínico) e orientação e supervisão dos auxiliares de enfermagem.

Verificou-se que as atividades burocrático-administrativas realizadas pelas enfermeiras estão mais relacionadas à participação em reuniões de equipe, discussão de caso clínico e orientação e supervisão da equipe de enfermagem. Tais atividades não são muito comuns em algumas instituições psiquiátricas, nas quais se desenvolve trabalhos mais burocráticos como o preenchimento de papéis para a solicitação de material.

Quanto às facilidades no exercício do enfermeiro, deu-se o fato de terem afinidade com a área da saúde mental, fator este, considerado como motivacional para a realização do trabalho na área. Entretanto, algumas das seis enfermeiras que não optaram por trabalhar na área de saúde mental referiram gostar de trabalhar na saúde mental; fator este considerado pelas mesmas como facilitador no seu trabalho.

Fator também considerado como facilitador, referido por algumas enfermeiras, foi sobre a estrutura e a dinâmica do serviço, quando pontuam como causas: número de funcionários e estrutura física do serviço adequado, presença suficiente de material e medicações.

A estrutura e dinâmica do serviço também foram consideradas como fator limitante por algumas enfermeiras na realização de seu trabalho; as quais relatam a falta de materiais e remédios e, também, a insuficiência no número de profissionais, suas principais causas.

Quanto à dinâmica e estrutura do serviço, ora considerado por algumas como facilitadores, ora considerados para outras como limitantes, pensa-se, aqui, que órgãos públicos responsáveis pela saúde da população têm a obrigação de contribuir para a melhoria dos níveis de saúde da mesma, proporcionando a melhoria da qualidade das condições estruturais, físicas e humanas do serviço.

Esses fatores contribuem para o melhor desempenho do profissional, para prestar assistência digna ao doente mental, mais humana e de qualidade.

O trabalho em equipe foi considerado como facilitador por algumas das pesquisadas; sendo que a interação com elementos de outras categorias profissionais foi o fator mais relevante apontado pelos sujeitos.

Alguns profissionais, porém, mencionam o trabalho em equipe como limitante para a realização de suas atividades. Referem que as diferentes visões entre os membros da mesma, problemas de comunicação e relacionamento com os demais profissionais promoviam dificuldades de se trabalhar em equipe.

A equipe foi também considerada, ora facilitadora, ora como dificultadora, pelos pesquisados. Desse modo, a discussão recai sobre as relações interpessoais entre os profissionais. Essas, quando não se baseiam em rigidez de papéis e transcendem da equipe multidisciplinar para a interdisciplinar, por meio da desconstrução do saber de cada técnico, para a soma de saberes e práticas, essa relação tende a ser positiva

Fator apontado como facilitador foi a presença de uma coordenação flexível, que ouve, estimula e apóia o funcionário. A coordenação tem como objetivo suprir as dúvidas e necessidades dos profissionais, sendo importante o papel do coordenador que ouve, supre as necessidades dos trabalhadores e orienta adequadamente os mesmos. Assim, proporcionará segurança e, principalmente, estímulo para o desenvolvimento de atividades inovadoras, ressocializadoras e humanizadas. As enfermeiras relatam que a coordenação estimula a realização de projetos planejados pela equipe, bem como sana conflitos que ocorrem no trabalho.

As reuniões de equipe foram consideradas como fator facilitador no trabalho das entrevistadas. Essas pontuaram que essas reuniões de equipe promovem espaço para o diálogo, imprescindível para a assistência eficiente.

Outro fator pontuado como limitador por alguns pesquisados, foi a acomodação dos auxiliares de enfermagem que, segundo alguns enfermeiros, eram desprovidos de conhecimentos necessários para trabalhar na saúde mental e não tinham o comprometimento necessário para a realização de assistência de qualidade ao paciente. Isso demonstra a necessidade urgente de treinamento contínuo, para habilitá-los e capacitá-los, e, assim, atuar de forma plena e interpessoal junto ao paciente.

A ausência de supervisão foi referida pelas enfermeiras como limitador na sua assistência. O suporte terapêutico é instrumento importante para o crescimento pessoal e profissional dos indivíduos, o que pode fazer com que melhore o desempenho de seus afazeres e promova a reflexão do trabalho realizado. A supervisão pode ajudar os trabalhadores a terem consciência de suas dificuldades e facilidades de integração em uma equipe multidisciplinar.

Este trabalho poderá contribuir para que os enfermeiros de saúde mental possam refletir sobre a sua prática nos serviços aos quais trabalham, visando a uma melhor assistência ao paciente.

Ser enfermeiro, nesse novo contexto de serviços comunitários, requer disposição para construir um novo saber e fazer em enfermagem psiquiátrica, baseado na humanização da assistência, por intermédio do relacionamento interpessoal terapêutico com o paciente, objetivando o desenvolvimento de meios e instrumentos capazes de oferecer ao doente mental a melhoria da sua qualidade de vida.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. G. **A Reinserção do ser Enfermeira no cotidiano da casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial**. 1995. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMON, A.; SILVA, R. R. C. e. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 197-203.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARANHA e SILVA, A. L. **Enfermagem em saúde mental**: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. 2003. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 12, p. 627-40, dez. 1998.

BARROS, S.; ROLIM, M. A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e a lei do exercício profissional da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v. 4, n. 3, p. 47-54, 1996.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-8.

BERTONCELLO, N. M. F. **O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental**: a prática da enfermeira. 1997. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BERTONCELO, N. M. F.; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico e publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 83-90, set./out. 2001.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. **Portaria n.336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem substituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRÊDA, M. Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006. 157 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CAMPOS FILHO, C. J.; ARAÚJO, F. A. Transformação da instituição psiquiátrica: um caminho. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 55, p. 313-8, set.-out. 1986.

CAMPOS, C. M. S; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-6, set. 2000.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 41, p. 255-7, 1992.

COLVERO, L. A. **O significado do “ser enfermeiro” em ambulatório de saúde mental**. 1994. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enfermagem.**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CONTEL, J. O. Psicoterapia de grupos para pacientes internados e egressos. In: ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos em grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 269-79.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA, JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 9-15.

COSTA, A. S. S. M. **A construção do saber da enfermeira na equipe multidisciplinar de serviços de atenção psicossocial**. 2005. 116 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 51-66.

DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO, 1. **Anais...** Rio de Janeiro: TeCora, 1997

DIEGUEZ, M. C. Processo grupal e grupo operativo: breve introdução. s.d. Disponível em: http://www.consea.mg.gov.br/documentos/processo_grupal_e_grupo_operativo.pdf Acesso em: 05. nov. 2007.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. (Org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan.-jun. 2001.

ESPERIDIÃO, E.; PEREIRA, M. A. O. Refletindo a trajetória histórica da assistência psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 599-606, out.-dez. 2000.

ESTIMA, S. L.; SILVA, A. L. O cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 348-61, maio-ago. 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio** – O minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILIZOLA, C. L. A. **O papel do Enfermeiro Psiquiatra**: oprimido e opressor. 1990. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica**: subordinação e resistência. 1992. f. 219 . Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; SANTOS, M. S. O. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 188-201, set. 2000.

FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental por mais de duas décadas. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 128-41, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GODOY, M. T. H. **Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003**. 2004. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

GOMES, E. S.; ANSELMO, M. E.; LUNARDI FILHO, W. D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-80, jul.-dez. 2000.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar. 2001.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, A. T.; OLIVEIRA, C. A. Centro de Atenção Psicossocial – reiventando o cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 23-243, 2000.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: UF Pel, 2001.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em Saúde Mental: novos rumos? **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 15-36, nov. 2000.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 77-82, set.-out. 2001.

LACERDA, M.R. As relações de poder e o cuidado terapêutico. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 43-6, jan.-jun. 1999.

LEITE, S. M. S. **Equipe de Enfermagem**: percepções sobre o paciente psiquiátrico, a doença mental e a assistência de enfermagem. 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LEOPARDI, M. T.; GLEBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan.-abr. 2001.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.

LUIS, M. A. V. **A saúde mental e o penoso caminho da assistência**. 1998. 107 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Duas Cidades, 1998.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2000.

MASCARENHAS, P. Supervisão múltiplas visões. Ensinando e aprendendo. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-8.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000.

MINZONI, M. A. O relacionamento da enfermeira com a equipe e com os pacientes em um hospital diurno psiquiátrico. **Rev. Psiq. Dinâmica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 39-43, jun. 1967.

MIRANDA, C. M. K.; ROCHA, R. M.; SOBRAL, V. R. S. O ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 189-92, 1999.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do Hospital – Dia – Estudo de Caso. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 8, n. 6, p. 20-6. 2000.

MUNARI, D. B. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 37-52, 1997.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-40, maio-jun. 2003.

OLIVEIRA, F. B. **Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade.** 1999. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, F. B.; PEREIRA, M. L. D.; SILVA, W. V. Atividade grupal: uma possibilidade de atendimento em enfermagem. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 4., 1998. Ribeirão Preto, **Anais...** Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 35-41.

OLIVEIRA, F. B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Orgs.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos, 2000. p. 55-71.

OLIVEIRA, F. B.; JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V. A prática cotidiana da enfermeira no centro de atenção psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Orgs.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos, 2000. p. 149-60.

PAGANINI, M. C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 73-82, jan.-jun. 2000.

PEDUZZI, M. **Contribuição ao estudo da atuação do enfermeiro psiquiátrico no atendimento ambulatorial, multiprofissional, de pacientes egressos de**

Hospital Dia. 1988. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção.** 2003. 107 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003a.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunic, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003b.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PEREIRA, M. A.; LABATE, R. C.; FARIAS, F. L. R. Refletindo a evolução histórica da Enfermagem psiquiátrica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 52-9, set.-dez. 1998.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-54, 1994.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte com ofício.** São Paulo: Hucitec, 1999.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap.12, p. 267-77.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Normas e rotinas do Centro de Atenção Psicossocial II de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2005.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Senac, 2005.

ROCHA, R. M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é esse?** Rio de Janeiro: TE Corá, 1994.

RODRIGUES, R. M.; SCHNEIDER, J. A. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, jul. 1999.

RODRIGUES, J.; SCÓZ, T. M. X. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. **Rev. Nurs.**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 29-34, out. 2003.

ROSSINI, M. G. C. **Estudo da prática do enfermeiro em hospitais-dia psiquiátricos.** 1998. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um Hospital Psiquiátrico**. 1994. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

SANTOS, S. A. **Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial**: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. 2006. 99 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação como referencial para as investigações terapêuticas em saúde mental. **Rev. Terapia Ocup. USP**, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan.-abr. 1998.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996a. p. 13-8.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996b. p. 150-4.

SARACENO, B.; ASOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**: guia básico para a atenção primária. São Paulo: Hucitec, 2001.

SCHIMID, P. C.; LOYOL, M.; MARTINS, A.; EBRENZ, A. C.; DIAS, C.; RIBEIRO, L. P.; GOMES, R. M.; SILVA, C. F. O trabalho em equipe, a reforma psiquiátrica e a construção de um novo paradigma. **Cad. IPUB.**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 181-5, 1999.

SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 217-88.

SILVEIRA, L. C. Assistência de Enfermagem em serviços alternativos de saúde mental: resgate da visão do usuário. Fortaleza, 1999. Disponível em: <http://www.saudemental.med.br>. Acesso em: 15 nov. 2007.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na Equipe de Saúde Mental – O caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-51, set.-out. 2003.

SOUZA, L. J. E. X.; VARELA, Z. M. V.; BARROSOS, M. G. T. Cuidado cultural em enfermagem: análise de um conceito. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 29-35, jan.-jun. 1999.

SOUZA, M. C. B. M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma Instituição Psiquiátrica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 678-84, 2003.

SOUZA, M. F. A Enfermagem reconstruindo sua prática mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, dez. 2000.

SOUZA, M. C. B. M.; ALENCASTRE, M. B.; SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 71-80, out. 2000.

SPADINI, L. S. **A inserção do enfermeiro no contexto de saúde mental: o trabalho com grupos**. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

STEVAN, S. U.; LUIS, M. A. V. Opção pela enfermagem psiquiátrica: depoimentos dos enfermeiros de uma unidade psiquiátrica de hospital geral. **Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 40, p.25-29, set. 2001.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermaria psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1982.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista> > Acesso em: 10 nov. 2007.

VIEIRA, E. **Recursos humanos: uma abordagem interativa**. São Paulo: Cedas, 1994.

VILELA, C.V. **Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental: construindo a prática**. 2002. 169 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L.C. (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 23-31.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L.C. (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 23-3.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, portador do documento abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **“Atuação do enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial”** que tem como proposta de pesquisa identificar a atuação da enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. A coleta de dados será efetuada a partir da entrevista semi-estruturada. Realizado pela enfermeira Tatiana Malfará de Castro e orientada pela Profa. Dra. Toyoko Saeki do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Estou ciente dos critérios que envolvem minha participação, quais seja,:- A garantia de receber esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados com a pesquisa.

- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo e que não haverá prejuízo no meu trabalho no CAPS.

- A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação relacionado à minha privacidade.

Sei também que os dados coletados na entrevista gravada em fita cassete serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar de referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do profissional

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Tatiana Malfará de Castro. R. João Pasqualin, 565. Apto 12. Pq. Bandeirantes. Tel: (16)39671788. e-mail:tatiana-tomain@bol.com.br.

Apêndice B

Roteiro para a entrevista

- 1) Qual foi o ano e o local de conclusão da sua graduação?
- 2) Quais são as suas experiências profissionais anteriores? Ou seja, quais foram os serviços que você já trabalhou?
- 3) Você trabalha em outro serviço, além deste? Qual?
- 4) Há quanto tempo você trabalha neste serviço?
- 5) Fale como você veio trabalhar aqui?
- 6) Você tem curso de especialização ou pós-graduação?
- 7) Você em algum momento foi capacitado para trabalhar nesse serviço? Que tipo de capacitação?
- 8) Quais as atividades que você executa neste serviço?
- 9) O que você acha que facilita o seu trabalho neste serviço?
- 10) O que você acha que limita o seu trabalho neste serviço?
- 11) O que você pensa que precisaria aprender para trabalhar neste serviço?
- 12) Você gostaria de falar sobre alguma coisa a mais?

ANEXO

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 085/2007

Ribeirão Preto, 19 de abril de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 94ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de abril de 2007.

Protocolo: nº 0653/2006

Projeto: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Tatiana Malfará de Castro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Toyoko Saeki
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP